



Thèse
Présentée à
L'Université du Québec à Chicoutimi
Et
L'Université du Québec à Rimouski
Comme exigence partielle
Du doctorat en Développement régional

Par Sabrina Tremblay

Processus d'*empowerment* communautaire dans le cadre d'un projet de développement
local en santé de proximité : le cas de la MRC Robert-Cliche et de sa coopérative de
santé

Québec, Canada

© Sabrina Tremblay, 2017

Résumé

Les services de santé de première ligne (SPL) font partie de cette grande catégorie de services de proximité nécessaires au bon développement des individus et des communautés. Or, dans la périphérie du Québec, ces services sont souvent jugés comme problématiques par la population, particulièrement au niveau de l'accès à un médecin de famille dans des délais acceptables. Pour les communautés, ces difficultés entraînent toute sorte de conséquences sociales, économiques et démographiques qui font en sorte que les milieux ne maîtrisent plus leurs leviers de développement. Peu à peu, ces communautés deviennent alors incapables de favoriser le bien-être et la qualité de vie de leurs membres.

Pour faire face à cette situation, plus de 50 municipalités du Québec ont, depuis 1996, mis sur pied leur propre coopérative de santé afin d'assurer l'accès à un médecin dans leur milieu et, on l'espère, stimuler le développement de la communauté. Dans la mesure où ces organisations collectives répondent à un besoin identifié par la communauté et qu'elles permettent à la population d'exercer un contrôle sur les décisions, certains observateurs n'hésitent pas à parler d'*empowerment* communautaire.

Ces assertions ont été le point de départ de notre démarche doctorale. C'est ainsi qu'en mettant à profit le cadre théorique de l'*empowerment* de Ninacs, nous avons opté pour l'étude de cas exploratoire de la municipalité régionale de comté (MRC) Robert-Cliche (Québec, Canada) qui a mis sur pied une coopérative de santé en 2008. Plus particulièrement, nous avons voulu comprendre 1) les enjeux sociaux, économiques qui sous-tendent l'investissement de la communauté dans le projet de coopérative de santé ; 2) les mécanismes qui ont été mis en œuvre afin favoriser la participation citoyenne ; 3) les autres facteurs structurants (communications, compétences collectives, capital communautaire) qui ont participé à la réalisation du projet coopératif.

Nos résultats permettent de constater que la MRC Robert-Cliche est une communauté qui entretient une double position périphérique, ce qui la rend plus vulnérable sur le plan socioéconomique et sur la desserte en services de santé de première ligne, notamment au niveau de l'accès à un médecin de famille. Les différentes organisations locales en santé de l'époque (cabinets de médecin, CSSS, Agence de santé) n'ont pas été en mesure de communiquer efficacement, de se mobiliser, d'établir des partenariats efficaces et de

susciter un sentiment d'appartenance au milieu qui aurait pu enclencher une démarche de recherche de solution collective. C'est plutôt sous l'impulsion du milieu économique (CLD Robert-Cliche, Caisses populaires Desjardins) que les ressources et l'expertise locale ont été mises à contribution afin de mobiliser la population autour du projet de coopérative de santé. En ce sens, la coopérative est devenue un dispositif de participation formel, beaucoup plus efficace et rassembleur que ce qui existait alors dans les établissements publics. Elle a décroisé les réseaux de communication entre les différents acteurs du milieu (santé, municipalité, monde des affaires) et, en développant sa propre expertise en santé (recrutement médical, promotion/prévention en santé), la coopérative est devenue une nouvelle compétence collective permettant au milieu d'être acteur de son développement plutôt que simple spectateur. Enfin, la coopérative permet de stimuler le sentiment d'appartenance local et d'activer la conscience citoyenne. En quelque sorte, la MRC Robert-Cliche, qui était auparavant une localité désavantagée, ressemble beaucoup plus à l'idée que l'on se fait d'une véritable communauté. Notre étude permet de mieux comprendre *l'empowerment* communautaire, en explicitant le rôle crucial des organisations dans le processus. Elle réitère la position centrale des organisations entre les individus et la communauté en plus de mettre en lumière l'importance capitale de leur propre *empowerment* dans le développement des communautés.

Abstract

Primary care services are part of this large category of services needed for the healthy development of individuals and communities. However, in many peripheral regions of Quebec (Canada), these services are often seen as problematic, particularly for the access to a family physician. For communities, these difficulties lead to all sorts of social, economic and demographic consequences. Gradually, these communities become incapable of promoting the well-being and quality of life of their members.

To face this situation, more than 50 municipalities in Quebec have founded, since 1996, a health co-operative to facilitate local access to a physician and stimulate the development of the community. Since these collective organizations respond to a need identified by the community and allow the population to exercise control over decisions, some observers began to speak of community empowerment.

These assertions were the starting point of our research. With the Ninacs' (2008) conceptual framework of empowerment, we conduct an exploratory case study of the regional county municipality (RCM) Robert-Cliche (Quebec, Canada). This RCM founded a health co-op in 2008. More precisely, we sought to understand 1) the economic and social issues underlying the community's investment in the health co-op project; 2) the mechanisms implemented to stimulate citizenship participation; 3) other structural factors (communications, community competence, community capital) that participated in the implementation of the cooperative project.

Our findings show that the RCM Robert-Cliche is a community that suffers from a double peripheral position, which makes it more vulnerable at the socioeconomic level. The various local health organizations of the time (doctor's offices, Health Agency, etc.) were not able to communicate efficiently, mobilize, establish effective partnerships and foster a sense of belonging which could have led to a collective solution. Instead, it is the local economic agency (CLD Robert-Cliche) and the Desjardins credit union who mobilized the population around the health cooperative project. In this way, the cooperative became a formal participation mechanism, much more effective and unifying than what existed in public institutions (ex: BOD or user committee). The health co-op decompartmentalised local communication networks in several sectors (health, municipal, business). Also, by developing its own expertise in health (health promotion/prevention, *Hans kaï*), the cooperative became a new collective competence. Finally, the cooperative helped to stimulate the sense of local belonging and activate citizenship consciousness. In a way, the RCM Robert-Cliche, which was previously a disadvantaged locality, is now a community

inhabited and alive. It became an actor of its own development rather than just a spectator. Our study provides a better understanding of community empowerment by explaining the crucial role of organizations in the process. It reiterates the central position of organizations between individuals and communities and highlights the critical importance of their own empowerment in global community development.

Remerciements

On dit souvent que les études doctorales sont comparables à une course à obstacles. Ici, comme ailleurs, il faut non seulement apprendre à tomber avec élégance, mais surtout, à se relever... encore et encore. Avec cette expérimentation assez fréquente des effets de la gravité, on constate rapidement que les études de cycles supérieures ne peuvent se réaliser seules. Une petite poussée dans le dos, une main secourable qui nous relève, un sourire ou un simple regard de compassion sont autant de gestes qui ont leur importance manifeste, d'où la nécessité de souligner le rôle crucial des personnes qui en sont les auteures. D'abord, je tiens à remercier l'encadrement et le soutien de mon directeur de thèse, Pierre-André Tremblay. Tout au long de mon doctorat, il a été constant et très aidant. Le soutien de mon codirecteur de thèse Sébastien Savard est aussi à souligner, car en dépit des kilomètres qui nous séparaient, il s'est toujours manifesté au bon moment. À vous deux, je vous offre mon plus sincère merci.

Au centre de cette thèse, il y a bien sûr les participants de l'étude. Pour des raisons éthiques, je ne peux nommer personne, mais sachez, chers participants, que vos noms ne sont pas oubliés. Je retiens chacun d'entre vous et je vous nomme en silence. Je me souviendrai longtemps de l'accueil chaleureux dont vous avez fait preuve à mon égard. Vous avez tout fait pour faciliter mon séjour parmi vous. Pour une chercheuse sur le terrain, c'est un cadeau inestimable. La Beauce est un bien beau coin de pays, vous avez raison de le clamer haut et fort. Merci !

Plusieurs de mes collègues sont aussi du nombre des personnes que je voudrais remercier. Le soutien moral qu'ils m'ont apporté, la charge de travail supplémentaire

qu'ils ont dû assumer durant mon congé de perfectionnement, les conseils, les réponses à mes questions...je suis privilégiée d'être en si bonne compagnie. Merci !

En terminant, et avec émotion, je désire souligner le soutien indéfectible de mes proches, ma famille. Mes parents, Serge et Johanne, qui ont toujours manifesté à mon égard, une fierté incommensurable, mon compagnon de vie et mon meilleur ami, Dominic, qui m'accompagne depuis plus de quinze ans et qui m'a encouragé à tous les instants, même quand les nuages s'amoncelaient à l'horizon. Mes deux fils, Arnaud et Léonard, des « *baby thesis* », qui vivent avec cette thèse depuis que leur cœur a commencé à battre dans mon ventre. Vos rires et facéties quotidiennes ont toujours illuminé les parcours les plus sombres de cette quête doctorale. Merci !

Devant vous tous, je m'incline bien bas. Cette thèse est un peu aussi la vôtre et je vous suis, pour toujours et à jamais, redevable.

Sabrina, le 15 août 2016

Liste des abréviations

AMP	Activités médicales particulières
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CCQ	Conseil de la coopération du Québec (aujourd’hui le Conseil québécois pour la coopération et la mutualité)
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins
CPE	Centre de la petite enfance
CQCM	Conseil québécois pour la coopération et la mutualité
CR	Clinique réseau
CRÉ	Conférence régionale des élus
CS	Coopérative de santé
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSRC	Coopérative de santé Robert-Cliche
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DL	Développement local
DRMG	Département régional de médecine générale
EC	<i>Empowerment</i> communautaire
EÉS	Entreprise d’économie sociale
EÉSAD	Entreprise d’économie sociale en aide domestique
EI	<i>Empowerment</i> individuel
EO	<i>Empowerment</i> organisationnel
FCRSS	Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (aujourd’hui la FCASS –fondation canadienne pour l’amélioration des soins de santé)
FCSDSQ	Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FRS	Fonds de réforme en santé
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d’information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRECUS	Institut de recherche et d'éducation pour les coopératives et les mutuelles de l'Université de Sherbrooke
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (aujourd'hui le MAMOT - ministère des Affaires municipales et l'Occupation du territoire)
MEIE	Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Exportation
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisation à but non lucratif
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RTS	Réseau territorial de services
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SPL	Services de première ligne
SRQ	Solidarité rurale du Québec
SSP	Services de santé de proximité
TCPS	Transfert canadien en matière de programmes sociaux
TCS	Transfert canadien en matière de santé
UMF	Unité d'enseignement en médecine familiale

Avant-propos

La présente thèse de doctorat est issue d'une recherche qui s'est réalisée entre les années 2013 et 2017. Pendant ces trois années, le Québec ne s'est évidemment pas endormi comme la belle au bois dormant. Il a été marqué par plusieurs événements, certains plus importants que d'autres. Après le Printemps québécois et l'élection du gouvernement Marois en 2012, on aurait pu s'attendre à quelques années de répit au plan politique. Malheureusement pour le Parti Québécois, sa position minoritaire au parlement a favorisé sa chute si bien qu'en avril 2014, c'est le gouvernement Couillard qui a repris les rênes du pouvoir.

Encore plus néolibéraliste que son prédécesseur Jean Charest, le premier ministre Couillard a conduit le Québec dans une ère d'austérité sans précédent. La santé, l'éducation, la solidarité sociale, l'environnement, le développement local et régional pour ne nommer que ceux-ci ont vécu plusieurs compressions budgétaires importantes qui se sont répercutées sur les structures et les services offerts. En 2014, l'Institut de Recherche et d'Informations socio-économiques (IRIS) a chiffré le total de ces compressions à

4 024 027 000\$¹. Les changements se poursuivent toujours, avec des conséquences encore difficiles à mesurer.

Le domaine et les thèmes abordés dans notre recherche ont été grandement touchés par ces mesures d'austérité. La santé d'abord, mais aussi le développement des régions n'ont plus le même visage que ce qui est narré dans cette thèse. Puisque nous décrivons une réalité prégouvernement Couillard, certaines appellations ou structures ont été conservées, particulièrement dans les chapitres de résultats et de discussion. Toutefois, cette thèse ne se concentre, pas à proprement parler, sur les ravages de l'austérité sur le modèle québécois. De toute façon, à elle seule, elle serait bien incapable d'en venir à bout.

¹ Données tirées de l'Observatoire des conséquences des mesures d'austérité sur le Québec disponible au : <http://austerite.iris-recherche.qc.ca/>.

Table des matières

RÉSUMÉ	II
ABSTRACT.....	IV
REMERCIEMENTS	VI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
AVANT-PROPOS	X
TABLE DES MATIÈRES	XII
LISTE DES FIGURES	XV
LISTE DES TABLEAUX	XVI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	8
1.1 LES COMMUNAUTÉS COMME MILIEUX DE VIE.....	11
1.1.1 La conception sociologique.....	12
1.1.2 La conception des intervenants communautaires.....	16
1.1.3 Le rôle des communautés	22
1.1.4 Les services de proximités dans les communautés.....	27
1.1.5 Conclusion partielle.....	32
1.2 LA SANTÉ DE PROXIMITÉ AU QUÉBEC.....	33
1.2.1 Quelques concepts de base	34
1.2.2 Organisation des services de santé de proximité au Québec – En bref.....	49
1.2.3 Enjeux et difficultés des services de santé de première ligne du Québec.....	72
1.2.4 Conclusion partielle.....	86
1.3 UN NOUVEL ACTEUR : LES COOPÉRATIVES DE SANTÉ.....	89
1.3.1 Qu’est-ce qu’une coopérative de santé?	90
1.3.2 Portrait des coopératives de santé actuelles.....	92
1.3.3 Conclusion partielle.....	101
1.4 L’EMPOWERMENT ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL	103
1.4.1 Petit arrêt sur le concept de pouvoir	105
1.4.2 L’empowerment : de l’exclusion au développement local	107
1.4.3 Empowerment et disempowerment communautaire	114
1.4.4 Les interactions individu-organisation-communauté	127
1.4.5 Facteurs ou obstacles à l’empowerment.....	130
1.4.6 Conclusion partielle.....	133
1.5 OBJET D’ÉTUDE ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE	135

1.5.1	Objectif général et questions de recherche.....	138
1.5.2	Pertinence de l'étude.....	142
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE		146
2.1	APPROCHE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	147
2.2	LE CAS À L'ÉTUDE	152
2.2.1	Critères de sélection du cas	153
2.2.2	Étude pré-terrain et sélection du cas à l'étude.....	156
2.3	STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES.....	158
2.3.1	Sources de données	159
2.3.2	Considérations éthiques	171
2.4	STRATÉGIE D'ANALYSE DES DONNÉES.....	173
2.4.1	L'analyse thématique	174
2.5	LIMITES MÉTHODOLOGIQUES ET CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE.....	180
2.5.1	Limites méthodologiques.....	181
2.5.2	Critères de rigueur scientifique.....	185
CHAPITRE 3 : LE CAS DE LA MRC ROBERT-CLICHE : CONTEXTE ET DISEMPOWERMENT		189
3.1	DESCRIPTION DE LA MRC ROBERT-CLICHE	191
3.1.1	Histoire, géographie et identité	191
3.1.2	La population.....	195
3.1.3	Activités économiques	202
3.1.4	Portrait de l'économie sociale dans Robert-Cliche	205
3.1.5	Contexte politique.....	208
3.1.6	Leadership dans la communauté	213
3.1.7	Services de santé de proximité	216
3.1.8	Les différents indices de développement de la communauté.....	220
3.1.9	En résumé.....	226
3.2	LE PROBLÈME DES SPL EN ROBERT-CLICHE.....	229
3.2.1	Des médecins trop peu nombreux et suffisamment disponibles	229
3.2.2	Un PREM mal adapté et inéquitable	232
3.2.3	Un problème d'attraction des ressources médicales en Robert-Cliche.....	234
3.3	CONCLUSION DU CHAPITRE 3	252
CHAPITRE 4 : LE CAS DE LA MRC ROBERT-CLICHE : LA REPRISE DU POUVOIR		256
4.1	DÉMARCHES GÉNÉRALES DE CONSTITUTION DE LA COOPÉRATIVE DE SANTÉ	257
4.1.1	La mise en lumière du problème et de ses conséquences : les consultations pour les pactes ruraux...et un salon de coiffure	258
4.1.2	Réseautage, étude des besoins et recension des diverses pistes de solutions	260
4.1.3	Présentation du projet et mobilisation du milieu	264

4.1.4	La campagne d'information et de recrutement des membres.....	267
4.1.5	Constitution de la coopérative et premières années de vie	270
4.2	LA COOPÉRATIVE SANTÉ ROBERT-CLICHE EN 2013	287
4.2.1	Service de consultations médicales	291
4.2.2	Autres services offerts par la coopérative	293
4.2.3	Avantages consentis aux membres utilisateurs consommateurs.....	295
4.2.4	Financement et visibilité de la coopérative	297
4.3	CONCLUSION DU CHAPITRE 4	300
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS		304
5.1	LE DISEMPOWERMENT DE LA MRC ROBERT-CLICHE	306
5.1.1	Le danger vient aussi de l'intérieur... ..	310
5.1.2	Subir au lieu de choisir	311
5.1.3	Les organisations en santé en situation de disempowerment ?.....	314
5.1.4	Un problème de synergie des compétences collectives	322
5.2	L'EMPOWERMENT DE LA MRC ROBERT-CLICHE OU LA NAISSANCE D'UNE COMPÉTENCE COLLECTIVE..	328
5.2.1	Facteurs préalables à l'empowerment de la MRC Robert-Cliche	328
5.2.2	La participation dans la MRC Robert-Cliche.....	345
5.2.3	Les autres facteurs structurants mis en place lors du processus d'empowerment communautaire.....	352
5.3	CONCLUSION DU CHAPITRE CINQ	364
CONCLUSION GÉNÉRALE		370
	Principaux résultats.....	372
	Limites de l'étude.....	374
	Apports de l'étude	376
	Perspectives de recherche futures.....	379
RÉFÉRENCES		383
ANNEXE A : GUIDES D'ENTREVUE		428
ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		445
ANNEXE C : APPROBATION ETHIQUE		445

Liste des Figures

Figure 1 Représentation d'un réseau territorial de services (RTS)	58
Figure 2 Les quatre composantes de l' <i>empowerment</i> communautaire	121
Figure 3 Processus global d' <i>empowerment</i>	129
Figure 4 La MRC Robert-Cliche	193
Figure 5 Circonscription provinciale de Beauce-Nord	210
Figure 6 Circonscription fédérale de la Beauce	211
Figure 7 Cartographie de la défavorisation matérielle et sociale dans la MRC Robert-Cliche	221
Figure 8 Caractérisation des 13 communautés locales de la MRC Robert-Cliche en 2008	225
Figure 9 Structure organisationnelle de la CSRC en 2009.....	273
Figure 10 Organigramme de la CSRC en 2013	290
Figure 11 Adaptation des modèles d'organisation communautaire de Rothman (2001) selon le cadre d'analyse de Jeffries	337
Figure 12 Processus d' <i>empowerment</i> communautaire de la MRC Robert-Cliche	369

Liste des Tableaux

Tableau 1 Niveaux de participation selon l'échelle d'Arnstein.....	45
Tableau 2 Positionnement de la recherche	152
Tableau 3 Catégorie et nombre de participants.....	162
Tableau 4 Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue.....	164
Tableau 5 Types et nombre de sources écrites	169
Tableau 6 Stratégie d'analyse des données.....	180
Tableau 7 Évolution de la population 1996 à 2006 MRC Robert-Cliche.....	196
Tableau 8 Revenus médians par personne - Comparaison MRC Robert-Cliche et Chaudière-Appalaches	202
Tableau 9 Répartition des acteurs sur le territoire du RLS de Beauce	218
Tableau 10 Indice global de développement de la MRC Robert-Cliche (2001 et 2006).....	223
Tableau 11 Éléments du <i>disempowerment</i> des organisations en santé de la MRC Robert-Cliche	321
Tableau 12 Dimensions de l' <i>empowerment</i> communautaires manquants ou à renforcer	327

Introduction

Dans le texte introductif de son ouvrage, Rothman (2001) fait un plaidoyer vibrant sur le sort des communautés américaines du nouveau millénaire. Plutôt pessimiste dans son diagnostic, l'auteur constate en substance que ces communautés parviennent de moins en moins bien à répondre aux besoins de leurs membres en raison de l'homogénéisation de la culture accélérée par les médias de masse, de l'érosion de la participation démocratique qui prend source au niveau local, du contexte économique ambiant qui voit les crises économiques se succéder avec un retour net à des mesures d'austérité économique. C'est un constat de perte de pouvoir et de statut des communautés dans la société nord-américaine, presque même une perte de légitimité dans les principales fonctions qu'elles remplissent habituellement.

Cet avertissement provenant d'un intervenant longtemps impliqué dans l'organisation des communautés n'est pas le premier de la sorte à avoir été entendu. N'est-ce pas le même écho qui résonne depuis les années 1970 dans les couloirs des disciplines économiques, humaines et sociales, et qui critique vertement les politiques de développement appliquées tous azimuts? En réponse à ces accusations, les chercheurs et spécialistes ont donc commencé à s'intéresser à ce qui se passait à l'échelle régionale,

mais là encore tout en étant incapables de prendre la mesure de ce qui se passait réellement à l'échelle locale (Levy, 2012). Puis, alors qu'on pensait que les années 1960 avaient occis le concept de communauté (Hancock, Mooney, & Neal, 2012), il est revenu, glorieux, avec l'intérêt grandissant porté à l'approche du développement local (DL).

On s'entend généralement pour définir le DL comme une approche qui vise l'autodéveloppement économique et social des communautés frappées de plein fouet par des problèmes socioéconomiques (déclin démographique, perte d'emplois massive, vieillissement de la population, perte de services de proximité, etc.) et surtout, qui ont perdu la capacité de surmonter leurs difficultés (Bebbington, 2001; Favreau, 2005; Friedman, 1992; Klein, 2012; Levy, 2012; Ninacs, 2000; Proulx, 2008; Saffache, 2005). Sous l'égide de cette approche et dans une dynamique partenariale, on verra différentes initiatives locales mises en branle afin de trouver des solutions aux difficultés qui nuisent au bien-être et à la qualité de vie des communautés (Joyal, 2002; Klein & Champagne, 2011).

Or, il s'avère que ces initiatives ont besoin de certaines conditions afin qu'elles puissent éclore et se déployer. La territorialisation des actions, l'accès à des ressources externes et l'appropriation du projet par les acteurs locaux sont autant de facteurs

prédicateurs d'une réussite (Favreau & Lévesque, 1999; Klein, 2006). La concertation, le partenariat et la reconnaissance des instances municipales, provinciales ou fédérales, selon le cas, sont aussi nécessaires afin de s'assurer que l'État ne se dégage pas de ses responsabilités en « pelletant » tout le travail dans la cour des communautés locales (Goudet, 2009; Joyal, 2006; Klein & Champagne, 2011; Levy, 2012; Vachon & Coallier, 1993).

Le concept d'*empowerment* intervient justement à ce niveau, car il permet d'augmenter la capacité d'influence du milieu sur les décisions qui se prennent et ainsi faciliter l'articulation de toutes ces échelles d'actions au niveau local (Klein, 2012; Ninacs, 2013). C'est ainsi que le développement du pouvoir d'agir dépasse la simple capacité de contrôle sur les ressources et permet aux communautés de mieux déterminer et orienter les actions selon leurs propres choix et besoins. La manière dont les projets se réalisent est évidemment à la discrétion de chaque milieu. Au Québec, on constate toutefois que l'économie sociale est souvent impliquée dans la recherche de solution durable (Klein et coll., 2013). Nous avons le cas de ces communautés québécoises qui ont mis sur pied leur propre coopérative de santé (échelle locale) pour suppléer au rôle de l'État, incapable de fournir une prestation juste et équitable des services de première ligne (SPL) sur l'ensemble de son territoire (Hébert & Prémont, 2010). Ce cas est typique de cette réalité que nous tentons de saisir et constitue de fait, un terrain de recherche idéal afin de mieux

comprendre le processus d'*empowerment* communautaire au cœur d'un projet de DL. C'est donc à partir de ce point que nous avons commencé à élaborer notre projet doctoral, ici achevé et présenté.

L'organisation des chapitres de la thèse est la suivante. D'abord, dans le premier chapitre, nous présentons tous les concepts théoriques qui soutiennent notre objet d'étude et qui nous ont guidés dans l'ensemble de notre processus. C'est ainsi que nous commençons par le concept de communauté, que nous avons décortiqué et défini tant par sa nature, par ses interactions et ses rôles. Ce dernier point nous permet de faire le lien avec les services de proximité, leur rôle et leur importance pour le développement des communautés. Puisque nous nous intéressons tout particulièrement aux services de santé de proximité, nous avons réservé une partie du chapitre premier à la description des SPL du Québec, ses principaux acteurs, leur rôle et leur pouvoir. À partir de là, nous avons pu introduire les coopératives de santé, ces acteurs locaux qui tentent justement de suppléer, de concilier et d'adapter l'offre de service en santé de l'État à la réalité du milieu. Pour terminer, nous abordons le concept d'*empowerment* qui est au cœur ces initiatives de développement local. Toujours avec le développement des communautés comme trame de fond, nous précisons ce que la littérature actuelle sur le sujet connaît au niveau du fonctionnement, des facteurs favorables ou défavorables à l'*empowerment* communautaire.

Le deuxième chapitre s'attarde pour sa part à expliciter l'ensemble du processus de la recherche. Afin de mieux comprendre et expliquer le processus d'*empowerment* communautaire qui est au centre des initiatives de développement local comme les coopératives de santé, nous avons décidé d'avoir recours à l'étude de cas unique. Dans cette optique, le deuxième chapitre s'attarde tout d'abord à préciser notre approche épistémologique et méthodologique. Puis, vient l'ensemble des critères qui nous ont servi tout au long de nos démarches de sélection du cas à l'étude. Nous présentons ensuite notre stratégie de collecte et d'analyse des données qui, dans notre thèse, s'est réalisée à partir de trois sources : les entretiens de recherches, le corpus documentaire et les observations directes dans la communauté. Ce chapitre se termine par la présentation des critères de scientificité de la recherche ainsi que les considérations éthiques.

Le troisième chapitre se penche sur la présentation de notre cas à l'étude, celui de la MRC Robert-Cliche, située dans la région culturelle de la Beauce (Québec, Canada). Nous présentons cette communauté sous ses différentes facettes : histoire, géographie, l'identité, activités économiques, contexte politique, leadership local, pour ne nommer que celles-ci. Nous avons ainsi pu faire ressortir les difficultés du système de santé local et démontrer pourquoi il est devenu incapable de répondre aux besoins de la communauté, situation qui a entraîné des difficultés dans les autres secteurs du milieu. En bref, cette

partie s'attarde particulièrement aux facteurs qui ont conduit à la perte de pouvoir de la communauté sur son développement ou dit autrement, son *disempowerment*.

Le quatrième chapitre pour sa part, narre l'ensemble des démarches qui ont été réalisées par les différents acteurs du milieu afin de trouver une solution commune aux problèmes vécus individuellement. C'est le récit de la naissance de la Coopérative de solidarité en santé de la MRC Robert-Cliche que le lecteur trouvera ici, soit toutes les démarches qui entourent l'identification du problème, la recherche de solutions, la mobilisation des médecins, des leaders locaux et de la population, et ce, jusqu'à l'assemblée de fondation. Ensuite, on explore les premières années de vie de la coopérative, le début de ses activités et le développement de nouveaux services axés sur la promotion et la prévention en santé. En somme, ce quatrième chapitre explique comment, à travers cette organisation, la communauté a pu reprendre du pouvoir sur son développement et devenir un milieu qui favorise le bien-être et la qualité de vie des individus qui le composent.

Le cinquième et dernier chapitre est celui de l'interprétation et de la discussion des résultats présentés dans les deux chapitres précédents. On revient donc sur les éléments qui ont été à l'origine du *disempowerment* et de l'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche

pour les replacer plus clairement dans la théorie sur l'*empowerment*. Dans les deux cas, nous avons préféré étendre notre analyse au processus global d'*empowerment*, soit en considérant les interactions individus-organisations-communauté afin de mieux comprendre comment le processus d'*empowerment* peut s'ancrer dans communauté au travers des organisations qui répondent aux besoins des individus.

Cette thèse s'achève par une conclusion générale. Tout en réalisant un retour sur ses objectifs et ses principaux faits saillants, cette partie s'attarde surtout à bien définir les apports et les limites de la recherche et à identifier des pistes de réflexion qui pourront inspirer les autres chercheurs qui s'intéressent au développement des communautés dans une perspective d'appropriation du pouvoir.

CHAPITRE 1

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

Le premier chapitre de cette thèse souhaite poser les balises de la problématique à l'origine de la présente recherche ainsi qu'identifier et décrire ses quatre principaux concepts.

Le premier concept que nous aborderons est celui de la **communauté** et de son développement. Il est central à notre étude, puisque notre cas constitue effectivement une « communauté » identifiée comme telle par ses membres. Si la définition proprement dite de « communauté » est évidemment abordée, cette partie souhaite aussi s'attarder aux rôles qu'elle joue dans la vie de ses membres. Ce petit détour sera l'occasion pour nous de toucher à la question des services de proximité et de leur importance pour les communautés.

Les services de proximité jusqu'alors traités de manière globale, nous allons recentrer la suite de ce chapitre sur la « **santé de proximité** ». Notre regard se portera sur le cas du Québec, car tel est le terrain de notre étude, en expliquant brièvement le fonctionnement général du système de santé québécois, et plus particulièrement celui des services de première ligne. Le lecteur voudra bien nous pardonner à l'avance d'être très descriptive ici plus que dans toute autre section, mais cela est nécessaire à la bonne compréhension de l'origine des coopératives de santé, les enjeux qui sous-tendent cette

forme particulière de prestation des soins de santé, mais aussi des possibilités d'*empowerment* qu'elles recèlent pour elles-mêmes, leurs membres et les communautés qui les hébergent.

Évidemment, les **coopératives de santé** du Québec seront abordées dans ce premier chapitre. Nous aborderons la définition, l'histoire ainsi que le portrait actuel de ces entreprises collectives. Le phénomène demeure assez récent, mais on pourra tout de même analyser son évolution afin de mieux comprendre les contraintes dans lesquelles les coopératives de santé évoluent aujourd'hui et les enjeux qui sont les leurs.

L'avant-dernière section de ce chapitre touchera pour sa part au concept de **pouvoir** et à la démarche qui cherche à en développer davantage, c'est-à-dire l'**empowerment**. Utilisé par plusieurs disciplines, dans des contextes et pour des raisons différentes, il est nécessaire de bien cerner ce qu'il implique pour les individus, les organisations et les communautés. Pour le développement régional, c'est un concept attirant, puisqu'il promet un développement autonome et respectueux des processus démocratiques, dans la plus belle manifestation de l'approche de développement local. L'ensemble des concepts centraux de notre étude abordés, il sera alors possible de

dégager l'objet de l'étude. À cet effet, l'objectif principal de notre étude et ses questions de recherches seront précisés à la fin de ce premier chapitre.

1.1 Les communautés comme milieux de vie

Le terme « communauté » est un mot très souvent utilisé dans le langage populaire, mais aussi dans le discours des autorités publiques nord-américaines, notamment lorsqu'il est question de l'application d'une politique publique particulière (Hancock et coll., 2012). Si utilisé, dirons-nous, qu'il a quelque peu perdu de sa signification première et de ses implications. D'un autre côté, on ne peut pas dire que ce concept se laisse facilement apprivoiser, car il n'existe pas une définition qui fait l'unanimité. En fait, d'un point de vue sociologique à tout le moins, la chose est réputée comme étant impossible (Bell & Newby, 1971). Puisque, de notre côté, nous avons besoin d'une définition opérationnelle qui nous permettra d'élaborer plus à l'avant notre thèse, nous mettrons à profit d'autres disciplines des sciences sociales, tel le travail social et sa branche d'intervention auprès des collectivités afin de rendre possible l'analyse du processus d'*empowerment* dans la communauté à l'étude. Cette définition est très proche de celle retrouvée en développement régional du fait du croisement des disciplines qui s'intéressent au développement local.

1.1.1 La conception sociologique

C'est Hillery, qui en 1955, a relancé le premier les débats sur la quête de la définition unique de communauté, bien des années après que les travaux fondateurs, mais encore controversés sur la *gemeinschaft* (Tönnies, 2001) aient été rédigés. De la méta-analyse des quelques 94 articles consultés, il ne retiendra qu'une seule convergence, les gens, et 16 autres sous-concepts associés. Parmi les plus souvent cités dans les études, on notera : un territoire, des interactions sociales et des liens communs (Hillery, 1955).

Sans avoir mis un terme aux discussions sur la nature des communautés, tant s'en faut, ces trois concepts ont façonné les définitions subséquentes, en empruntant à de nouvelles approches d'analyse pour tenter de cerner l'objet tant convoité. Sussman (1959) ira de sa propre conception de la communauté, en intégrant les trois concepts ci-haut, mais en rajoutant une fonction à la communauté, c'est-à-dire la réponse aux besoins individuels et l'établissement d'objectifs de groupe (*group goals*). Sjoberg (1965), lui aussi, parle d'une collectivité d'acteurs, vivant sur un territoire limité² partagé et où se réalise la majorité des activités de la vie quotidienne. Dans les grandes lignes, cela est assez semblable à la définition qu'en a faite Kaufman (1959), encore que ce dernier met

² Notons ici le recours à une « limite » pour parler de l'occupation du territoire par les membres de la communauté, ce qui avait été jusqu'ici peu abordé. On réfère donc à la taille de la communauté, sans que l'auteur établisse un chiffre quelconque, au grand regret de Bell et Newby (1971) qui aimeraient que le suspense entourant cette grande question arrive enfin à son terme

d'avantage l'accent sur la capacité des membres d'une communauté à agir ensemble afin de répondre à un besoin commun et non pas sur les seules capacités individuelles. Pour Bell et Newby (1971), on sort donc ici du simple champ de l'analyse de l'objet « communauté » pour entrer dans celui des processus sous-jacents à l'action collective, comme en témoignent les trois composantes du modèle interactionnel de Kaufman : les acteurs individuels (*community participant*), les groupes (*community groups*) et les associations.

L'apport de l'approche écologique marque un tournant important dans la sociologie, car le fantôme de Tönnies a longtemps hanté les travaux sur les communautés du 20^e siècle en opposant sans cesse le « bon vieux temps » à la modernité (Day, 2006)³. En effet, l'approche écologique permet de renouveler le corpus scientifique dans le champ de l'étude des communautés, car elle élargit désormais concrètement la notion de « communauté » au milieu urbain plutôt que seulement rural (Bell & Newby, 1971). L'École de Chicago est très certainement celle qui a le plus contribué à l'essor de l'approche écologique en développant l'étude de cas pour les quartiers de Chicago⁴. On pense notamment à Hawley (1950) qui a aussi fortement influencé la branche collective du travail social et du développement local par ses recherches sur les communautés. La

³ Ou dit autrement, comme le souligne Ennew (1980) s'intéresser aux communautés, c'est critiquer l'urbanisation et l'industrialisation.

⁴ Cela est intéressant, car la conception sociologique du 20^{ème} siècle de la communauté a toujours porté aux nues cette dernière, sans (presque) jamais pourtant avoir réalisé des études sur le terrain. D'une conception purement théorique, on peut enfin débattre de définitions un peu plus axées sur la réalité (Day, 2006)

définition qu'il en fait n'est pourtant pas tellement différente de celles qui l'ont précédée :

« Une communauté réfère à la structure des relations par lesquelles une population localisée répond à ses exigences quotidiennes » [notre traduction] (p.180). Mais voilà que pour l'auteur, tout comme un organisme vivant, une communauté a une histoire, un cycle de vie qui peut être observé et étudié. Elle a un fonctionnement très intimiste, interdépendant, qui fait en sorte qu'une influence sur l'une des parties est nécessairement ressentie par l'ensemble-communauté. La communauté, en tant que tout, n'est pas de la même étoffe que ses parties. Aussi, a-t-elle des capacités, des pouvoirs que ses différentes composantes n'ont pas individuellement.

La perspective écologique, quoique très éclairante pour l'objet étudié, a des limites méthodologiques qui ne permettent pas de rendre compte adéquatement des relations humaines : sentiments, perceptions et autres processus dits psychologiques (Bell & Newby, 1971). De plus, le territoire de recherche privilégié est celui du milieu urbain⁵. Le monde rural n'a que peu intéressé les chercheurs qui se réclament de cette approche (Grafmeyer & Joseph, 1990). De fait, des sous-concepts associés aux communautés comme le sentiment d'appartenance ont nécessairement été influencés par cette approche urbaine. Quoi qu'il en soit, c'est Minar et Greer (1968) qui seront parmi les

⁵ C'est l'une des critiques principales que l'on peut adresser à l'École de Chicago. Si elle a produit un nombre impressionnant et diversifié d'études de cas sur des quartiers ou agglomération de la ville, on constate, comme le diront Bell et Newby (1971) que cette spécialisation s'est fait au détriment de la généralisation. « Quand un sociologue de Chicago écrit sur la communauté ou la ville en général, il veut dire *Chicago* » [notre traduction] (p.95, notre emphase).

premiers de la décennie 1970 naissante à se pencher sur le sujet en faisant référence à un certain sentiment d'interdépendance et de loyauté des uns envers les autres. Cela, disent les auteurs, est nécessaire au maintien de la communauté qui est vue ici comme une organisation d'individus qui partagent des perspectives communes. Soulignons au passage que pour les auteurs, le concept de communauté est « d'une manière ou d'une autre une entité géographique » (p.47). Impossible, donc, de s'en sortir, puisque les membres qui la composent sont en interactions sociales dans la vie de tous les jours. Même son de cloche chez Butterworth et Weir (1970) où on parle plutôt d'un agrégat complexe d'institutions, mais qui évolue lui aussi sur un territoire donné et qui nécessitent un certain sentiment d'appartenance⁶.

Territoire, interactions sociales, liens communs, organisations, sentiments d'appartenance... Jusqu'à présent, la sociologie a produit un nombre particulièrement important d'études sur les communautés, mais on remarque que ce nombre n'a pas nécessairement été suivi d'une intégration, ou comme le suggèrent Bell et Newby (1971), d'une accumulation du savoir qui aurait pu faire avancer durablement la compréhension du concept de communauté en tant que tel. Les années qui ont suivi pourraient d'ailleurs témoigner de cette réalité, puisque la communauté a continué à faire l'objet de débats

⁶ Le point de vue de Minar et Greer est évidemment réducteur sur ce point, car même à leur époque, le mouvement syndicaliste, gai ou celui des femmes a vu naître des communautés transnationales. Avec le développement des technologies de communications des années 1990, les relations entre les membres de ces communautés « délocalisées » ont été facilitées (Bradshaw, 2013)

académiques importants. Comme le font remarquer Hancock, Mooney et Neal (2012), le concept s'est transformé à partir des années 1980, en symbole, puis en concept imaginaire ou en marqueur de frontière géographique, pour être finalement (ré) associé au monde rural seulement. Bref, déclarent-ils, la communauté a depuis ses débuts été répudiée, réhabilitée, utilisée à toutes les sauces, mais elle a survécu à toutes les attaques. Plus présente que jamais dans le discours commun (Sommerville, 2011), les individus continuent de s'en réclamer, comme si la perspective d'habiter la « non-communauté » était chose presque impossible à faire (Williams, 1989). De fait, en dépit de toutes les études et de tous les écrits qui se sont succédé, ce concept demeure toujours auréolé de sa gloire pastorale et c'est probablement ce qui attire le plus les gens envers cette notion (Day, 2006). Pour tout dire, selon Williams (1976), le concept de communauté est probablement l'une des seules notions reliées aux organisations sociales qui n'a jamais été utilisé de manière négative⁷, non plus, d'ailleurs, qu'il n'ait d'antagoniste au moins aussi attirant que lui.

1.1.2 La conception des intervenants communautaires

L'intervention communautaire, ou l'organisation communautaire, est définie par Christens & Speer (2015) comme « un terme parapluie » (p.193) désignant un champ

⁷ Du point de vue de la littérature anglo-saxonne, très certainement. Le cas français est un peu plus complexe, car la communauté a souvent été associée au communautarisme (exclusion, repli identitaire, guère civile), nation qui éprouve effectivement des grandes difficultés avec l'intégration de ses immigrants légaux et illégaux (Dumont, Dumont, & Réveillard, 2012)

d'intervention dont la tâche principale est de mobiliser des individus dans l'analyse d'une situation problématique commune et dans les actions qui sont mises en place pour triompher des difficultés vécues localement. Comme le soulignent à juste titre ces auteurs, les actions réalisées visent rarement l'ensemble de la société. Plutôt, on cherche à changer ou adapter les lois, les règlements, les normes ou les valeurs à l'échelle locale et ce, dans des domaines tout aussi différents que l'éducation, la santé, l'environnement, l'économie, les transports, l'habitation ou la sécurité.

Bien que le développement de cette profession se soit démarqué avec les années, il demeure toujours près des théories en sociologie ou en politique (Bourque, Comeau, Favreau, & Fréchette, 2007). Aussi, la conception que l'on se fait d'une communauté est très similaire à celles que nous avons exposées précédemment. Cela dit, il existe certaines différences - ou emphases pourrions-nous dire - qui méritent d'être observées davantage.

Commençons par les généralités. Pour les intervenants communautaires, une communauté est un regroupement de personnes (Fellin, 1995; Garvin & Tropman, 1992; Lavoie & Panet-Raymond, 2011; Rothman, 2001). Il concerne des individus qui vivent ensemble et qui partagent quelque chose de commun (Townsend & Hansen, 2001). Ce « quelque chose » est variable selon la communauté à laquelle on a affaire, mais il existe

des schémas de regroupement plus communs que d'autres. Ainsi, certaines personnes vont constituer une communauté sur la base de la proximité géographique (communauté locale), sur la base de l'appartenance à un groupe social ou culture particulière (communauté d'identité) ou encore, sur la base d'un problème, d'un intérêt ou d'une préoccupation commune (communauté d'intérêts)⁸. Ces trois types de communautés ne sont pas mutuellement exclusifs, aussi il est très commun qu'un individu appartienne à plus d'un type de communauté à la fois (Fellin, 2001).

Peu importe le type de communauté observé, Bhattacharyya (2004) est d'avis que c'est la solidarité, au sens durkheimien du terme, qui permet de le distinguer d'un simple regroupement d'individus. L'identité commune et le partage de valeurs, de normes et de croyances fait en sorte que les gens sont liés d'une manière ou d'une autre, mais aussi, et cela est important à noter, à des degrés différents. En effet, le sentiment d'appartenance à une communauté est rarement stable et il varie dans le temps et par son intensité (Bradshaw, 2013).

⁸ Notons qu'au Québec, il est plus commun de retrouver une différenciation des communautés en trois types tels que présenté dans ce texte alors que dans la tradition américaine de l'intervention communautaire, les types « intérêt » et « identification » sont fusionnés afin de former deux seuls types de communauté : locale et identification/intérêt (Rothman, Erlich, & Tropman, 2001)

Il n'en demeure pas moins que dans les écrits d'intervention sociale collective, c'est surtout la communauté localisée qui est prédominante (Fellin, 2001; Lavoie & Panet-Raymond, 2011; Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS & Lachapelle, 2010). À ce propos, Lavoie et Panet-Raymond (2011) proposent la définition suivante :

« [...] une communauté locale renvoie à la notion de communauté géographique définie comme un territoire commun, des intérêts socioéconomiques semblables, des relations de collaboration entre les habitants pour influencer différents aspects de la vie sociale et une identité partagée. On parle donc d'un *territoire vécu* plutôt que simplement administratif comme certains arrondissements produits de la fusion de quartiers ou de municipalités » (p.102, emphase entre guillemets dans le texte)

Cette tendance à voir les communautés en premier lieu comme des entités géographiques n'est pas nouvelle, comme nous l'avons vu dans la section précédente. Elle avait d'ailleurs été identifiée par Bell et Newby (1971) avec l'apparition de plus en plus fréquente des termes associés comme « localité » ou « réseaux ». Ce fait est d'ailleurs l'un des héritages de l'École de Chicago, puisque les méthodes d'analyse de l'approche écologique permettent ce rapprochement – certains diront la confusion - avec la géographie (Grafmeyer & Joseph, 1990). De plus, la localisation des communautés avance peu les connaissances sur le sujet dans la mesure où plusieurs des sociologues cités

précédemment prenaient déjà en considération cet aspect. Par contre, il faut bien comprendre que la récupération du terme par la géographie⁹ change la donne par rapport à la conception que l'on se fait d'une communauté. En mettant l'accent sur cette facette de l'identité communautaire, on risque de passer à côté de toute une série de processus sociaux tout aussi valides, mais qui ne se s'embarrassent guère de limites territoriales quelconques (Gans, 1952).

C'est un peu en ce sens, que Tremblay et Fournis (2016) ont apporté leur contribution à la définition du concept de communauté en se basant sur le travail des intervenants terrains¹⁰ et des penseurs des sciences sociales québécoises. Pour leur part, le concept a mûri au gré de la transformation des rapports de la société civile avec l'État et le marché. C'est pourquoi la conception que l'on en retire aujourd'hui est très éloignée de celle que l'on pouvait avoir, par exemple, des communautés du Bas-St-Laurent des années 1960¹¹. Beaucoup plus dynamique, la communauté doit être pensée comme un « cadre (symbolique, géographique, sociologique, etc.) d'unification de la

⁹ Que le recours au terme « territoire vécu » de la définition proposée ci-haut ne nous trompe pas. C'est un géographe français, Albert Frémont (1976), qui a utilisé le premier cette expression dans ses travaux portant sur les régions françaises

¹⁰ On fait référence ici surtout au mouvement communautaire qui a bénéficié de l'appui et de l'expertise de toute une génération d'animateur sociaux ou d'organismes communautaires. Certains étant devenus universitaires, ils ont pu contribuer à la réflexion déjà entamée par les intellectuels de la province. On pense notamment à Louis Favreau, Yvan Comeau, Pauline Gingras, Jocelyne Lavoie, Benoît Lévesque et Lucie Fréchette pour ne nommer que ceux-ci.

¹¹ Que l'on pense à ces communautés qui, à la suite des travaux du BAEQ, se sont mobilisées (opérations dignité) contre leur fermeture et la déportation de la population à proximité des centres urbains (Jean, 2016)

complexité de l'économie politique contemporaine sur un territoire (hybridité, articulation), qui dote les acteurs sociaux d'une capacité de penser le monde (élucidation) et d'agir sur lui (innovation) » (Tremblay & Fournis, 2016, p. 200) .

C'est un peu, sans doute, ce que veut dire Caillouette (2008), en insistant sur la dimension « vécue » de la communauté. Pour cet auteur, le territoire vécu est une affaire d'appartenance et d'identité qui engage les gens envers le lieu qu'ils habitent. Ce faisant, la communauté évolue avec les perceptions et les manières de vivre de ses habitants. En d'autres termes, la communauté locale change puisque les gens qui l'habitent changent eux aussi, en tant qu'êtres bien sûr, mais aussi dans leurs besoins et aspirations quotidiennes. Pas étonnant, pourrions-nous dire, que le concept de communauté soit si difficile à cerner; il peut théoriquement se redéfinir chaque jour, selon les membres et leur évolution personnelle.

Avec la définition de Lavoie et Panet-Raymond (2011), nous disposons d'une définition qui englobe l'aspect théorique et pratique du sujet étudié. Nous n'oublions pas non plus que les individus ne sont pas spectateurs dans leur communauté, mais bien des acteurs (Tremblay & Fournis, 2016). En ce sens, l'accent mis sur l'aspect de territoire vécu apporte certes une dimension plus écologique, mais sans cependant simplifier à un simple

regroupement d'humains localisés. Elle ne fait pas non plus la différence entre les communautés rurales ou urbaines, la définition est ainsi passe-partout. Également, il est intéressant de constater que l'on fait un retour à la question de la fonction d'une communauté puisque selon les auteurs, la communauté locale est le lieu où s'effectue la majorité des activités reliées aux exigences de la vie quotidienne à l'instar de ce que l'on conçoit généralement dans le domaine de l'intervention sociale (Fellin, 2001; Rothman, 2001). On se rappelle que cela avait déjà été abordé par plusieurs sociologues, que l'on pense à Sussman (1959), Sjoberg (1965) ou Hawley (1950). Pour paraphraser Pahl (1996), puisque ce concept refuse obstinément de mourir, c'est qu'il doit bien servir à quelque chose (Day, 2006). C'est ainsi qu'il nous faut faire un petit détour par le rôle que jouent les communautés dans la vie des individus.

1.1.3 Le rôle des communautés

S'intéresser à l'immortalité du concept de communauté, c'est un peu s'interroger sur le rôle qu'elles jouent dans la vie des personnes qui en sont membres. À ce sujet, nous avons vu dans la section précédente que les communautés locales semblent être le lieu privilégié où les gens peuvent répondre à leurs besoins quotidiens (Hawley, 1950; Kaufman, 1959; Sjoberg, 1965; Sussman, 1959). Warren (1963) rejoint sur ce point ces différents auteurs en identifiant la production/distribution/consommation, la socialisation, le contrôle social, la participation sociale et le soutien mutuel comme les

principales fonctions des communautés locales¹². Nombreuses de ces fonctions sont remplies par des organisations formelles (écoles, hôpitaux, etc.) alors que d'autres sont plutôt le fait des groupes primaires comme les familles, le voisinage, les groupes de pairs, etc. Lorsque l'un ou l'autre de ces rôles ne peut être rempli adéquatement, on a alors affaire à une communauté qui se désorganise (Chess & Norlin, 1988; Fellin, 2001; Warren, 1963).

Ce point de vue est intéressant, mais on ne peut passer sous silence que l'utilisation de l'approche systémique pour comprendre et décrire les communautés a été sévèrement critiquée pour sa vision trop normative et réductrice de la réalité (Day, 2006). Malgré cela, elle continue d'être utilisée par plusieurs professionnels sur le terrain (Hustedde & Ganowicz, 2013)¹³, probablement grâce à l'influence de certains auteurs comme Luhmann (1995) qui ont retravaillé la théorie afin de répondre aux critiques qui

¹² On rajoutera à cela une dernière fonction, mais qui touche moins les individus que la communauté dans son ensemble et qui est celle du maintien des frontières physiques, légales ou politiques. En effet, selon Warren (1963), les communautés en tant que systèmes comportant des frontières, sont en interaction avec les autres communautés et avec la société en général. C'est que Cress et Norlin (1988) appellent le « suprasystème ». Ces interactions (verticales) sont susceptibles de menacer les frontières de la communauté et par ricochet, les interactions internes (horizontales) des différents sous-systèmes (Warren, 1963)

¹³ En effet, dans les cas où l'on souhaite comprendre les causes et le processus dysfonctionnement des organisations au sein d'une communauté, cette théorie est tout indiquée, car elle donne un portrait réel des liens – ou le manque de liens - entre les différents acteurs internes ou externes à une communauté. Bref, selon Hustedde et Ganowicz (2013), la théorie des systèmes est particulièrement indiquée pour comprendre la structure des communautés en difficulté.

leurs avaient été adressées¹⁴. La notion de frontière, notamment, est centrale dans l'œuvre de Luhmann (1995), car elle signifie à la fois, comme le dirait Cohen (1985), « le début et la fin d'une communauté » [notre traduction] (p.12). En ce sens, ces limites interviendraient directement dans le processus de construction identitaire que les membres d'une communauté se forgent en se différenciant ainsi des autres¹⁵.

¹⁴ Il serait difficile de résumer en détail l'ensemble de l'œuvre de Luhmann (1995) sur les systèmes sociaux, car au même titre que ce qui avait jadis été proposé par Parsons, cette théorie demeure toujours très complexe. On peut au moins souligner les principaux apports de cet auteur par ceci. D'abord, Luhmann fait une cassure nette avec ses prédécesseurs en affirmant que les systèmes sociaux ne sont pas organiques. Ce faisant, l'objectif d'un système n'est pas d'assurer sa survie biologique, mais bien de préserver son sens (*meaning*), celui-là même qui lui a permis de se distinguer de l'environnement d'où il a émergé, de se différencier et donc de faire de lui un système distinct. Cette relation environnement-système est capitale et se réalise par auto-référencement. Les systèmes sont en effet en perpétuel processus de distinction des éléments qui se portent à eux (internes ou externes). C'est un processus essentiellement binaire, car tout ce qui n'est pas intégré est relégué à l'environnement. En ce sens, les systèmes de Luhmann sont dits autopoïèses, s'ouvrant ou se fermant selon le cas. Cette reproduction du sens a pour médium les communications à tel point que pour cet auteur, les systèmes ne sont au final que communications. Puisque l'une des caractéristiques intrinsèques des communications est d'être inscrit dans une période de temps définie, puis de disparaître, les systèmes se voient dans l'obligation de veiller à leur maintien, au risque de s'effondrer sur eux-mêmes. Ce qu'il faut retenir de cela est l'élément suivant : ce qui menace les systèmes ne se retrouve pas seulement au-delà de leur frontière. Au contraire de ce que les fonctionnalistes des premiers temps ont affirmé, le « danger » est aussi à l'interne.

¹⁵ Voilà qui est intéressant et qui nous rapproche de beaucoup de la théorie sur l'identité sociale originellement mise à jour par Tajfel and Turner (1979) puis retravaillée par Turner, Hogg, Oakes, Reicher, and Wetherell (1987) quelques années plus tard (elle prit alors le nom de Catégorisation sociale). La prémisses de base de cette théorie pourrait certainement se résumer par ceci : nous sommes ce que nous sommes, car les autres ne sont pas ce que nous sommes. Cela révèle l'importance que cette autocatégorisation comparée chez les individus qui ont besoin d'une identité sociale positive afin de maintenir leur estime personnelle (Islam, 2014). Cette relation d'interdépendance entre les deux niveaux (individu et groupe social) ne va pas sans nous rappeler le même lien qui existe entre les individus et le reste de la communauté dans la théorie sur *l'empowerment*, ce qui sera traité plus à l'avant dans ce chapitre.

La question identitaire a également intéressé Wilkinson (1970) qui cherchait aussi à trouver une alternative viable à la théorie des systèmes sociaux¹⁶. Soulignons d'abord pour que cet auteur, une communauté se définit par des interactions régulières et concrètes entre des personnes qui partagent un espace géographique commun (Wilkinson, 1991). Plus ces interactions (horizontales) se densifient, plus les gens, les groupes et les organisations développent un sentiment d'appartenance au milieu et un attachement aux personnes qui l'habitent¹⁷. La communauté devient alors un milieu de vie et les interactions qui y ont lieu deviennent des champs interactionnels.

Beaucoup serait à dire sur la théorie des champs interactionnels, mais pour le sujet qui nous intéresse, nous retiendrons ici que certains de ces champs sont entièrement dédiés à l'amélioration du bien-être de la communauté, c'est-à-dire les champs interactionnels communautaires¹⁸. Ces derniers apparaissent généralement lorsque l'évolution des besoins locaux, ou encore l'apparition d'un nouveau problème menacent

¹⁶ On notera qu'il n'a jamais complètement réussi à se distancer de Warren, comme en témoigne le vocabulaire commun sur les interactions verticales et horizontales. À sa décharge, nulle part dans son œuvre, il n'a été question qu'il voulait répudier l'œuvre de Warren. Les travaux de Wilkinson cherchent plutôt à répondre à la principale critique adressée à Warren, soit celle d'accorder trop d'importance à l'impact des interactions verticales sur l'autonomie à l'échelle locale. On pourra dire que Wilkinson a raisonnablement réussi à cet effet en insistant plutôt sur les interactions horizontales (champs interactionnels) (Korsching & Davidson, 2013)

¹⁷ Cette position n'est pas tellement éloignée des travaux de Luhman (1995) qui lui, comme nous l'avons précisé à la page précédente, considère les systèmes, telle une communauté, comme un ensemble de communications axées sur le maintien des frontières

¹⁸ Cette distinction entre les deux types de champs est bien importante, car il existe très peu selon Wilkinson, de véritables champs interactionnels communautaires. Généralement, la plupart des champs "ordinaires" ne servent qu'à répondre à des intérêts personnels – ou de groupe – mais sans jamais s'intéresser pleinement à l'amélioration du milieu de vie (Wilkinson, 1991)

le bien-être collectif (Wilkinson, 1991). Grâce à ces champs interactionnels spécialisés, la communauté peut alors s'engager dans un processus de développement communautaire, ce qui permet au final à la communauté de remplir le rôle qui lui est dévolu, soit de s'assurer du bien-être des individus¹⁹. Au niveau de la teneur de ce processus de développement, il peut prendre différentes formes, selon les besoins soulevés. Toutefois, selon Wilkinson (1991), en plus du développement économique, tout ce qui entoure l'accès aux services locaux est généralement d'une importance manifeste pour ses membres (Wilkinson, 1991). Peu importe ce qui sera mis en branle, ce processus ne doit pas être vu comme une fin en soi. C'est plutôt le point de départ vers quelque chose de plus qualitatif et qui ramène au sentiment d'appartenance et d'attachement au milieu de vie (Korsching & Davidson, 2013).

De toute évidence, les actions communautaires réalisées au niveau des services dans le milieu comportent plusieurs couches ou nuances. Aussi, notre regard doit

¹⁹ Plusieurs réflexions ici. D'abord, s'il y a mis en branle des énergies vers un but qui concerne le développement de la communauté, on présuppose qu'il y a eu une réflexion critique préalable sur ce qui devait être fait pour le bien de la communauté. Or Wilkinson (1991) n'est pas très explicite sur ce sujet, sauf sur le fait que ce genre d'initiatives est souvent l'œuvre de quelques leaders locaux qui placent l'intérêt du plus grand nombre au-dessus des leurs. Deuxièmement, on voit dans le processus de développement de la communauté se dessiner à nouveau la relation dynamique et bidirectionnelle entre les individus et leur milieu de vie. Pour que la communauté puisse effectivement favoriser le bien-être des gens, ces derniers doivent participer et s'impliquer dans le développement de leur collectivité (self-help). Certains pourront peut-être sourciller devant cette conception sociale libérale du problème (et des solutions), mais il concorde en tout point à ce qui était alors en vogue à la fin du 20^e siècle aux États-Unis et au Royaume-Uni et qui relève des politiques de la troisième voie (Bacqué et Wiener, 2013). Cela dit, et plus que jamais, on peut apprécier le fait que l'individu n'est plus spectateur ou sujet de son développement. Il devient plutôt l'acteur principal.

maintenant se porter dans cette direction si l'on veut mieux comprendre l'interaction entre eux et la communauté.

1.1.4 Les services de proximités dans les communautés

Selon le gouvernement du Québec, « l'ensemble des services publics ou privés de première ligne » (ministère des Affaires municipales, des régions et de l'occupation du territoire, 2001, p. 7)²⁰ disponibles à l'échelle locale est appelé service de proximité. Pour Simard (2005), ces services visent plusieurs catégories de population (jeunes, personnes âgées, adultes) avec des problématiques (santé, toxicomanie, exclusion) ou besoins (consommation, échanges) différents. En conséquence, les définitions que l'on peut obtenir dans la littérature vont varier grandement d'un domaine à un autre. Il existe toutefois certaines convergences sur lesquelles on peut s'appuyer.

Il faut d'abord s'entendre sur la notion de « proximité », ce qui est variable selon le contexte. Il y a la proximité « géographique », c'est-à-dire la distance entre l'utilisateur et le service, la proximité « psychologique » qui concerne les interactions entre le pourvoyeur et le receveur de service et enfin, la proximité « sociale » qui permet le (re)tissage des liens sociaux locaux par la présence d'un service en particulier (Simard,

²⁰ Depuis 2014, la nouvelle appellation de ce ministère est celle des Affaires Municipales et de l'Occupation du Territoire (MAMOT).

2005). Solidarité rurale du Québec (2012) insiste sur ces deux dernières notions, si bien qu'elle préfère parler de « proximité des services » et non l'inverse. En ce sens, elle ajoute une facette supplémentaire au terme : la proximité « décisionnelle », soit la possibilité pour les usagers à participer à l'élaboration ou au maintien des services de proximité. Notons que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, mais elles ne sont pas non plus automatiquement inclusives. L'essentiel est de comprendre que par « proximité », on entend généralement « accessibilité » au sens large du terme, du moins pour les collectivités rurales éloignées des grands centres urbains et des services qui y foisonnent (Simard, 2005; SRQ, 2012).

La nature des services offerts est évidemment tributaire des besoins du milieu, des valeurs en terme de hiérarchisation des besoins ressentis et de la fréquence d'utilisation des services qui en découlent (Simard, 2005). Plusieurs typologies des services de proximité existent à l'heure actuelle, mais nous retiendrons celle de Carrier et Doucet (1998) puisqu'elle s'attarde particulièrement aux petites collectivités rurales du Québec. Dans ces milieux, les services de proximité jugés comme prioritaires sont : les services reliés à des besoins géographiques ou physiques (eau, électricité, téléphone, etc.), les services éducatifs de niveau primaire et les services sociosanitaires (santé, services de garde, ressources pour le 3e âge, etc.).

L'analyse de Carrier et Doucet (1998) sur les milieux ruraux et l'importance de ces services pour leur développement n'est pas unique. C'est un constat qui a déjà été fait par Vachon (1993) et qui a attiré l'attention de plusieurs autres chercheurs depuis lors (Simard, 2005). Puisque cela concorde en tout point à l'observation que nous avons réalisée à la fin de la section précédente, nous allons maintenant nous attarder aux rôles des services de proximité pour les communautés ou collectivités du Québec.

1.1.4.1 Rôle des services de proximité et des principaux acteurs concernés

De manière générale, on constate que la présence des services de proximité est associée à la vitalité, au développement, voire à la survie des communautés rurales (Carrier & Doucet, 1998; MAMROT, 2006b; Simard, 2005; SRQ, 2012; Vachon, 1993). Simard (2005) préfère parler de fonctions qui, au nombre de quatre, touchent tout autant la démographie, les emplois, les revenus et le potentiel de développement des communautés.

La première fonction a une valeur **utilitaire**. En bref, et assez logiquement, les services ont pour principale fonction de répondre à certaines exigences de la vie quotidienne. La deuxième fonction est plus **symbolique**, car il réfère à toute la question de l'appartenance, de l'identité, des relations interpersonnelles et du dynamisme propre

au milieu rural. Troisièmement, les services de proximité sont au cœur de la **cohésion sociale** en raison des relations qu'ils génèrent. En ce sens, pour Simard (2005), ils sont centraux dans la vie communautaire. Enfin, la quatrième fonction concerne le **développement** du milieu en terme socio-économique, donc la création d'entreprises et d'emplois, les revenus, etc.

Pour maintenir ces services dans les collectivités, Simard (2005) identifie trois acteurs majeurs. Il y a l'État et les pouvoirs publics d'abord, particulièrement importants en milieu rural. Ils agissent en tant que médiateurs entre le secteur privé et la population locale et peuvent intervenir afin de combler un manque dans certains services jugés nécessaires, mais qui n'offriraient pas nécessairement une rentabilité financière. L'État a le pouvoir de légiférer et de contraindre pour garantir un accès minimal, mais ses politiques sont elles aussi soumises aux forces du marché. Cela se traduit par exemple par le fait que certains services qui relèvent de sa compétence (la santé, l'éducation ou les services postaux par exemple) sont eux aussi menacés par la seule logique d'efficacité et d'efficience administrative et financière.

Le deuxième acteur d'importance identifié par Simard (2005) est la population locale. Cela est cohérent avec les différentes politiques de développement régional et

local actuelles qui préconisent l'engagement et la participation citoyenne (Levy, 2012; MAMROT, 2010). Partant du principe que les membres d'une communauté sont capables d'identifier leurs propres besoins, leur implication dans la mise sur pied d'un service de proximité devient incontournable. Selon Simard (2005), la population a aussi un rôle à jouer dans le maintien de ces services, tant dans l'utilisation que dans l'administration. On pense ici au cas des entreprises d'économie sociale, mais ce sujet sera abordé dans une section subséquente.

La troisième catégorie d'acteur regroupe les organisations locales susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans les services de proximité. Simard (2005) constate que les associations locales, les organismes à but non lucratif, les organismes professionnels et les médias jouent un rôle particulièrement important dans ce que Ninacs (2008) appellerait « l'établissement de réseaux ». Ces organisations servent de ponts, d'agents de contacts ou de relayeurs d'information qui permet aux petits milieux locaux de fonctionner de manière plus adéquate dans la réponse aux besoins de la population. En fait, et nous terminerons cette section sur cet aspect crucial des services de proximité, ce maillage des ressources constitue la première des deux conditions nécessaires à la mise en place et au fonctionnement des services de proximité. La deuxième condition identifiée est celle de la mobilisation, que l'on parle de ressources, de partenaires ou de la population globale.

1.1.5 Conclusion partielle

Ce que nous venons de voir sur les services de proximité permet de mettre à nouveau en lumière l'un des éléments les plus importants de la communauté, soit les interactions entre les membres. Réitérons que la communauté locale est vue comme un milieu de vie. Cela sous-tend un regroupement de personnes avec une assise géographique, mais qui sont liées par la solidarité, un sentiment d'appartenance et d'attachement au milieu. Plus encore, et on en revient au rôle qu'elle joue dans la vie des individus, la communauté ainsi pensée permet aux gens de répondre aux exigences de la vie quotidienne. La façon dont ces exigences est comblée est propre à chaque communauté, sauf peut-être dans le cas de certains services publics²¹, mais toujours est-il que l'on a ici affaire à un espace où les gens ne font pas que passer et consommer, un peu comme on le ferait dans une station-service. On souhaite que la communauté se porte bien afin qu'elle puisse en retour favoriser le bien-être de ses membres.

Il nous faut maintenant circonscrire davantage le sujet de notre thèse, qui ne concerne pas l'ensemble des services de proximité offerts dans une communauté, mais bien ceux relevant spécifiquement de la santé et des services sociaux. Chemin faisant,

²¹Nous faisons référence aux services plus standardisés comme les services postaux ou les Centres Locaux d'emplois (CLE), qui ne changent guère, peu importe le lieu de prestation (M.-J. Fleury, Tremblay, Nguyen, & Bordeleau, 2007; Richard, Maltais, Bourque, Savard, & Tremblay, 2007).

nous nous rapprochons encore plus de l'objet qui nous intéresse particulièrement, les coopératives de santé.

1.2 La santé de proximité au Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est tout aussi laconique que son vis-à-vis des Régions et de l'occupation du territoire lorsqu'il s'agit de définir les services de proximité en santé. En fait, depuis l'adoption en 2015 de la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales - LMRSSS (RLRQ, chapitre O-7.2), la définition qu'il présentait quelques années plus tôt²² est tout simplement disparue pour se fondre dans la description des réseaux territoriaux et locaux du système de santé québécois, et de leurs rôles respectifs. Puisque l'on comprend au minimum que les services de proximité sont assurés par les réseaux territoriaux de services (MSSS, 2016c) , il nous faudra aller voir cette structure – et tout ce qui l'entoure - afin de mieux cerner cette notion.

²² Elle était alors : « services accessibles localement à partir d'un établissement, du cabinet du médecin ou du groupe de médecine de famille. » Cette page web a été supprimée et nous n'en conservons qu'une copie dans notre logiciel de gestion des données bibliographique.

1.2.1 Quelques concepts de base

La notion de services de santé de proximité est intimement reliée, voire synonyme dans certains cas, à la forme typique de l'organisation des services de santé dits « primaires » de plusieurs pays occidentaux (OMS, 2008). Peu importe le terme utilisé, l'OMS (1986) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2005) nous apprennent que les services de santé de proximité (SSP)²³ sont offerts dans une perspective globale de promotion et prévention en santé. Avant de les aborder plus en détails, nous nous attarderons plus en détail sur le concept même de la santé et des critiques portées à sa gestion moderne.

1.2.1.1 La santé...et sa gestion

Petit détour obligé, car il est, après tout, l'un des termes les plus souvent utilisés dans cette thèse, il nous faut définir ce que l'on entend par « santé ». Force est de constater que c'est un concept complexe et multidimensionnel qui a évolué énormément au cours des siècles derniers (Halpern, 2010). Alors qu'avant on considérait que la santé était « l'absence de maladie » (Canguilhem, 2008), l'OMS (2003) suggère plutôt « un état complet de bien-être physique, mental et social²⁴ », définition qui n'a guère changé depuis

²³ L'OMS parle plutôt de « soins » de santé primaire, mais ce qui ne change rien à l'abréviation utilisée dans les deux cas, SSP.

²⁴ Il faut ici attirer l'attention du lecteur sur un aspect important de la santé : dans cette thèse, en conformité avec ce que nous venons de lire, la santé ne concerne pas seulement l'aspect physique, mais

son adoption en 1946. Toujours est-il que dans une optique de promotion de la santé, cela doit être vu comme la capacité « [qu']un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions, et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (Goudet, 2009, p. 71). En ce sens, il faut comprendre que la santé n'est aucune une fin en soi, mais bien une ressource de la vie quotidienne (OMS, 1986).

Évidemment, certains s'insurgeront violemment contre les définitions de ce genre, car ce qu'elles suggèrent dépasse de beaucoup ce que la plupart des individus présents, passés et à venir pourront atteindre (Canguilhem, 2008; Halpern, 2010; Illich, 1981). Qui, en effet, peut prétendre à un « état complet de bien-être physique, mental et social » même pour une période minime? Sans entrer ici dans ce débat, car tel n'est pas l'objet de la thèse, il faut au moins garder à l'esprit que la « santé » a aujourd'hui une forte connotation économique et politique²⁵ (Halpern, 2010). Rose (2007) et Fassin (2000) diront pour leur part que la santé est une construction sociale et historique. C'est

également l'aspect psychologique et social. Cela est d'ailleurs en cohérence avec l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec qui a choisi, depuis ses tous débuts en 1971, de ne pas séparer ces dimensions afin de viser une meilleure intégration des services (Conseil de la santé et du bien-être, 2003).

²⁵ Du côté politique, prenons à témoin, par exemple, les campagnes d'élections des dernières années au Québec où la Santé a probablement été, avec l'emploi et l'économie, la priorité numéro un des électeurs (Société Radio-Canada, 2014). Quant à l'économie, on ne peut que constater l'importance des grandes entreprises pharmaceutiques ou de produits dits « naturels » qui ont tout intérêt à développer constamment de nouveaux produits pour des problèmes de santé, parfois bien réels, mais d'autres fois fortement exagérés, voire carrément inutiles, dans certains cas (Canguilhem, 2008; Illich, 1981, 1999)

probablement dans le même esprit que Canguilhem (1979) a écrit en son temps que l'ennemi de la santé n'est désormais plus la maladie, mais bien la norme.

En soit, ce constat est inquiétant, mais il soulève encore plus de questionnements. Rose et Miller (2010) notamment critiquent sévèrement l'État post-providentiel, surtout quand il s'agit de parler d'administration des soins de santé. Essentiellement, l'auteur argue que le gouvernement s'est, depuis la fin du 19^e siècle, ingéré inutilement et agressivement dans les sphères privées ou morales afin d'agir sur les problèmes sociaux. Il prend à témoin les femmes, les personnes vivant avec un handicap, les autochtones et bien d'autres encore, qui ont tous en commun le fait d'avoir vu leur corps être l'objet de décisions gouvernementales allant à l'encontre même de leurs droits les plus fondamentaux, et ce, au nom de la santé de la nation²⁶ (Borduas, 2013).

Le rôle de l'État post-providentiel a évolué, et après avoir vu les usagers des services contester et réclamer un droit à l'information et à la décision en regard de leur propre santé, point sur lequel nous reviendrons dans la section portant sur

²⁶ Par exemple, les femmes « de petites mœurs » ont été visées, dans certaines provinces du Canada, par un programme de stérilisation obligatoire entre les années 1920 et les années 1970. Les jeunes autochtones ont été déracinés de leur communauté et envoyés de force dans les pensionnats. Des personnes vivant avec un handicap physique ou mental ont aussi été stérilisées ou internées de force dans des asiles psychiatriques. Tout cela s'est fait au nom de leur santé, de leur bien-être et de celui de la nation (Borduas, 2013).

l'empowerment, les États sont maintenant rendus à gérer le risque (Rose, 2007). Ils ont abandonné leur omnipotence en santé [publique] et partagent désormais la responsabilité avec les compagnies d'assurances privées et les individus eux-mêmes, invités à faire preuve de responsabilité envers leur propre santé au travers de programme de prévention et de promotion en santé (Borduas, 2013).

1.2.1.2 Les services de santé de proximité (SSP)

Les critiques que nous venons devoir sont directement en lien, nous l'avons dit, avec la manière dont l'État gère les services de santé, et ce, même à l'échelle locale. Cette façon de fonctionner est issue pour une large part de la déclaration D'Alma Ata :

« Les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter » (OMS, 1978)

De cette déclaration, il faut retenir certains éléments centraux. D'abord, les SSP sont intimement liés au contexte politique, économique et social de leur milieu, particulièrement au niveau du développement de la recherche et des programmes de santé publique. Deuxièmement, ils couvrent les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation en santé et en services psychosociaux. Ces services ne doivent pas être le seul fait des autorités publiques; le partenariat avec les autres organisations du

milieu (privé ou communautaire), même de domaines connexes (éducation, agriculture, loisir, etc.) doit être encouragé au maximum, particulièrement au niveau local. Ce maillage des diverses ressources doit favoriser l'autonomisation, la responsabilisation, la participation et l'implication de l'ensemble des collectivités afin d'aligner les besoins exprimés par le milieu local aux politiques nationales de santé publique. Nous insistons ici sur les notions d'implication et de participation, car elles sont au cœur de la vision des SSP, tels que définis par l'OMS (1986) en plus de faire partie des déterminants de la santé (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009; Morisset & Massé, 2008; Santé Canada, 2003; Starfield & Shi, 2002; Vaillancourt & Armstrong, 2002). Exprimés ainsi, les SSP doivent être accessibles à tous, car ils sont partie intégrante des conditions nécessaires à un état de santé et de bien-être (OMS, 1999).

On comprend ainsi l'importance des SSP pour le bien-être et la qualité de vie des individus. Leur présence est essentielle, mais la manière dont ils sont conçus, décidés ou offerts l'est tout autant. D'où l'importance, selon l'OMS, de favoriser la participation des individus et des communautés. En ce sens, les SSP sont efficaces s'ils répondent aux besoins de la communauté et qu'ils participent au développement social²⁷ des individus

²⁷ « Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement, au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre d'une part à chaque individu de développer pleinement ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, à la collectivité de progresser, socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique

tout en favorisant le développement des autres sphères de la communauté. Pour ce faire, on vise particulièrement l'aspect « promotion de la santé », lieu où ces derniers ont une plus grande possibilité effective d'action et de décision.

1.2.1.3 Promotion et prévention

Malgré la fréquente utilisation couplée des concepts de promotion et prévention, il existe des différences bien réelles entre la promotion et la prévention en santé (OMS, 1999). Partant du principe que la santé, c'est :

« La capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (MSSS, 2016e, p. 3)

On considère généralement que la **prévention** souhaite agir sur des vulnérabilités ou sur les facteurs de risques reconnus comme tels chez certains groupes de population. Cela présuppose donc, comme le soulignent Shankand, Saïas et Friboulet (2009) qu'un travail de recherche épidémiologique et d'évaluation de programme soit réalisé par les autorités sanitaires responsables afin de bâtir, évaluer et adapter lesdits programmes aux

s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale. Dans cette perspective, le développement social, tout comme le développement économique et le développement culturel, sont des dimensions interdépendantes et complémentaires d'un projet de société » (p.4). Notons que nous donnons ici la définition la plus consensuelle retrouvée au sein des Agences de santé du Québec. Certaines régions ont modifié la définition de base pour ajouter (ou enlever) certains éléments plus pertinents à leur milieu. Par exemple, il est intéressant de noter que la Régie de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec – avant qu'elle ne deviennent l'Agence de santé en 2000, puis le CISSS en 2015 - fait clairement référence à la notion « *d'empowerment* individuel ou collectif » (Conseil de la santé et du bien-être, 1998, p. 4).

besoins identifiés. L'OMS (1999) distingue trois types de prévention : la prévention primaire qui vise à empêcher l'apparition de la maladie; la prévention secondaire vise à retarder ou stopper l'évolution d'une maladie; et la prévention tertiaire qui vise à améliorer la qualité de vie de ceux aux prises avec une condition chronique de la maladie. Sur un continuum « santé-maladie », on considère que la prévention se situe beaucoup près du pôle « maladie » que du premier.

La **promotion de la santé** est un processus qui relève des initiatives permettant aux individus de garder un contrôle ou d'améliorer leur propre santé (OMS, 1986, 1997). Cette fois, sur le pôle « santé-maladie » évoqué dans le paragraphe précédent, la promotion se situe le plus près possible du côté de la « santé », car les actions réalisées en la matière agissent sur l'un ou l'autre des déterminants de la santé²⁸. En ce sens, et en accord avec les principes de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), on parle de plus en plus de promotion des saines habitudes de vie (Le Bodo, Blouin, Dumas, De Wals, & Laguë, 2016) – ce qui est censé conduire à la santé. La promotion de la santé a originellement été mise de l'avant afin de se sortir de l'approche presque uniquement médicale que l'on avait alors de la santé (Breton, 2016). L'objectif est d'éviter de se retrouver dans le pôle « maladie » et d'avoir recours à des actions de nature curative ou palliative. Les activités

²⁸ Il existe plusieurs listes de déterminants de la santé. Puisque ce n'est pas l'objet de cette présente thèse, retenons les principales catégories de déterminants : les facteurs socio-économiques, l'environnement physique, l'environnement social et les facteurs et comportements individuels (Renaud & Lafontaine, 2011)

de promotion peuvent toucher la population générale ou des groupes spécifiques (jeunes, femmes, personnes âgées, etc.), mais le plus souvent, les grandes cibles d'actions sont les communautés (Le Bodo et coll., 2016; Renaud & Lafontaine, 2011). Dans tous les cas, on cherche à stimuler, développer ou utiliser les compétences individuelles et collectives, particulièrement en élaborant des partenariats santé publique/autres organisations de la communauté (OMS, 1986; Shankand et coll., 2009). Afin de distinguer adéquatement la prévention du terme précédent, on dira que l'on fait de la prévention de la *maladie* alors que l'on fait la promotion de la *santé* (Équipe santé famille, 2006; OMS, 1999). Notons enfin que la promotion de la santé est régulièrement associée à *l'empowerment*, aux initiatives locales ou communautaires, car elle permet une plus grande participation et possibilité de décision (pouvoir) des individus que l'approche curative ou préventive (Goudet, 2009; Parent, 2014b; Shankand et coll., 2009).

1.2.1.4 La participation dans le domaine de la santé

Parler de participation dans le domaine de la santé et des services sociaux c'est, selon Gaumer et Fleury (2007) faire référence au concept de gouvernance sociosanitaire, c'est-à-dire la revendication des acteurs publics ou privés de pouvoir influencer la prise de décision ou encore, leur contenu et ce, quel que soit le palier d'intervention (fédéral, provincial, régional ou local). Ainsi, la gouvernance sociosanitaire est intimement reliée au concept de décentralisation, de régionalisation et de localisation et donc, de

l'augmentation des rôles des acteurs de ces niveaux (Turgeon, 2003). C'est un terme qui était très présent dans le discours politique et administratif d'avant la toute dernière réforme de la santé de 2015 et qui mettait en relief l'incapacité de l'État à régler désormais seul les problèmes sociaux en raison de la complexité des causes, des impacts et des très nombreux acteurs mis en présence (Chevalier, 2003). Par contre, pour certains, le concept de gouvernance est étroitement relié à la pensée néolibérale qui veut faire de l'État un acteur parmi tant d'autres (Chevalier, 2003; Gaumer & Fleury, 2007; Giroux, 2008), aussi est-il important de l'utiliser avec discernement. Pour notre part, nous nous concentrerons spécifiquement sur la dimension de la participation des individus, des groupes et des communautés, puisque c'est ce terme qui est utilisé le plus souvent dans le discours de la promotion de la santé et de la santé publique (CSBE, 2012b; ; MSSS, 2014f; ; O'Boyle, 2001; OMS, 1978, 1986).

Participation publique ou citoyenne

D'un point de vue étatique, Forest et coll. (2000) considèrent que la participation revêt trois fonctions principales. D'abord, celle de recueillir des informations sur les usagers des services de santé, au niveau de leurs intérêts, de leurs préférences et de leurs valeurs. En quelque sorte, cela permet à l'État de demeurer plus près de ces citoyens et de se ménager plus facilement des appuis pour la mise en œuvre de changements. La deuxième fonction est celle de la conciliation, c'est-à-dire que l'État peut jouer un rôle de

médiateur entre les différents groupes d'intérêt et même insister sur la participation de groupes généralement exclus ou marginalisés dans ce genre de débat. La dernière fonction est celle de l'appropriation des services par la population, tant au niveau des connaissances relatives au système de santé que de sa transformation. En clair, et cela est aussi manifeste dans un document produit par Santé Canada (2016), la participation publique ne permet pas aux individus de participer directement à la prise de décision. Plutôt, elle facilite le travail des instances publiques qui souhaitent mieux orienter les politiques et les programmes.

Il existe une autre forme de participation, soit la **participation citoyenne**. Cette dernière concerne la société civile qui se mobilise autour d'un enjeu collectif (Piron, Goupil-Sormany, & Lévesque, 2010) qui vise à défendre les droits, les intérêts et les valeurs propres au groupe/communauté concerné. Pour sa part, Butterfoss (2006) parle plutôt d'un « processus social de participation volontaire aux activités formelles ou informelles, aux programmes et aux discussions afin de provoquer un changement planifié ou une amélioration dans la vie de la communauté, les services et les ressources » [notre traduction] (p.325). Pour Arnstein (1969), la participation citoyenne revêt trois visages soit celui de l'objectif, de la stratégie et d'un moyen d'action. En résumé, l'auteure considère que la participation citoyenne permet la redistribution du pouvoir au profit des citoyens en les incitant à prendre part aux décisions de gestion ou d'administration

(communications, allocation des ressources, gestion des profits, etc.) afin de provoquer un changement ou une réforme au profit des personnes exclues ou en marge des lieux de pouvoir. En cela, on se rapproche de la conception de Ninacs (2008) qui, nous le verrons plus loin, est partie intégrante du processus d'*empowerment*. Ainsi comprise, la participation procure un sentiment de compétence et de valeur personnelle et est à la base de la conscience citoyenne.

Type, niveaux de participations et valeurs associées

Selon le type de participation, les dispositifs ou modalités de participation varieront grandement. Au chapitre de la participation citoyenne en santé, on pense aux premières cliniques communautaires de Montréal (qui deviendront des CLSC), aux comités de citoyens, aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale qui touchent la santé (Giroux, 2008; Goudet, 2009; Jetté, 2008). Dans toutes ces initiatives, les individus peuvent prendre part à la fondation d'un organisme, devenir membre, être élus à un poste d'administration et réaliser des tâches bien précises (Giroux, 2009). Pour la participation publique, on pense plutôt aux représentations de citoyens dans les conseils d'administration des CSISS²⁹, aux comités d'usagers/résidents dans les établissements de santé et aux comités de consultation d'organismes officiels (Church et

²⁹ Avec la réforme du gouvernement Couillard et les modifications apportées à la LSSSS (RLRQ, chapitre O-7.2) (LMRSSS), la très grande majorité des CSSS ont été fusionnés en Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou, dans le cas de la présence d'un établissement universitaire, en Centres intégrés universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les quelques CSSS restants sont désormais considérés comme des établissements regroupés et dépendent du conseil d'administration du Centre intégré auquel ils appartiennent (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016c)

coll., 2002; CSBE, 2012b; ; Forest et coll., 2000; Mercier, St-Germain, & Bourque, 2009; Piron et coll., 2010).

Tous ces rôles ne se valent pas, selon Arnstein (1969). En effet, l’auteure distingue plusieurs niveaux de participation, dans une échelle qui malgré son âge, est encore très souvent utilisée aujourd’hui pour évaluer la participation (Tableau 1). Selon cette auteure, seuls les niveaux 3 à 8 correspondent à une véritable forme de participation. Les trois derniers niveaux (6 à 8) permettraient d’exercer un pouvoir réel sur les décisions.

Tableau 1 Niveaux de participation selon l'échelle d'Arnstein

Niveau de participation		Description du niveau de participation	
8	Contrôle	Pouvoir citoyen/Participation au pouvoir	Pouvoir de décision, majorité des sièges décisionnels
7	Délégation		
6	Partenariat/concertation		Négocier ou partager le pouvoir
5	Apaisement	Participation symbolique ou « alibi »	Obtenir et donner de l’information, mais sans assurance de changement ou d’impact
4	Consultation		
3	Information		
2	Thérapie/animation	Non-participation	Objectif réel d’éduquer ou de traiter les participants
1	Manipulation		
0	Tutelle		

Adapté de Arnstein (1969), Forest, Abelson, Gauvin, Martin & Eyles (2003) et Giroux (2009)

Puisqu'il existe différents degrés de participation comme le suggère Arnstein (1969), on peut penser que certains critères doivent être présents afin de rendre cette participation réellement significative. Piron et coll. (2010) parlent de valeurs comme la transparence, la rigueur et la reddition de compte, mais aussi de préoccupation à l'égard de la représentation équitable de tous les groupes, de volonté réelle de parvenir à un résultat et de persévérance dans les difficultés inhérentes à ce type d'activité. Pour leur part, Forest et coll. (2000) insistent sur la nécessité de varier le plus possible les différentes modalités de participation afin de s'adapter aux échéanciers, aux objectifs, aux ressources et aux enjeux. Il faut aussi informer adéquatement la population et soutenir son intérêt par une coopération véritable entre elle et l'État. En ce sens, la présence d'un lien fort entre les représentants de l'État et la population est nécessaire au développement d'un sentiment de confiance. Par contre, les représentants de l'État, pour être véritablement efficaces dans leur rôle, doivent avoir eux-mêmes un sentiment de contrôle sur les décisions qui seront prises localement. Bref, s'il n'y a pas de décentralisation réelle des décisions, aucune modalité de participation du public ne pourra être véritablement effective. Dans tous les cas, les participants doivent avoir le sentiment d'un impact réel sur les décisions et que leur participation est réellement porteuse de sens pour les élus et le système de santé en général.

Constats sur la participation en santé au Québec

Quel est le bilan de la participation de la population en santé? Au Québec, la question est intéressante, car elle varie grandement selon que l'on parle de participation « citoyenne » ou « publique ». Il faut savoir que la participation publique a été favorisée depuis la Commission Castonguay-Nepveu et identifiée comme un élément essentiel du déploiement du système de santé à la grandeur de la province. Les CLSC, notamment, devaient être les instances principales par lesquelles la population pourrait s'impliquer concrètement (Giroux, 2008). Malheureusement, cela ne s'est pas concrétisé complètement puisque le « centre de décision » est demeuré au ministère de la Santé de l'époque (Gaumer & Fleury, 2007). Un peu plus tard, le Commissaire Rochon constatait qu'en dépit des prétentions du gouvernement, l'essentiel de la participation de la population dans le domaine de la santé se réalisait en dehors du Réseau, soit par la participation citoyenne au travers des organismes communautaires et bénévoles (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Le ministre Côté ira lui aussi de recommandations en recentrant le système de santé autour de la participation, sans succès réel (Giroux, 2008). C'est ce qui fait dire à Forest et coll. (2000) que malgré les apparences, la participation publique n'a jamais été réellement encouragée : « trop peu de citoyens concernés, trop peu de pouvoir pour les élus, trop peu d'influence pour les structures qui les accueillent et notamment pour les conseils d'administration » (p.15). C'est un constat assez semblable qui a été fait par Giroux (2008), à propos de la réforme Couillard, car avec la fusion des établissements de santé et

la création des CSSS en 2003, le nombre de sièges disponibles pour la population sur les conseils d'administration, eux aussi fusionnés, a chuté de manière importante. Quant à la toute dernière réforme de 2015, la centralisation très marquée des décisions au bureau du ministre de la Santé (Lamarche, Maranda, Joubert, & De Koninck, 2016) n'augure rien de bon sur la place laissée à la participation dans un tel contexte.

Le Québec n'est pas le seul dans cette situation. Un peu partout dans le monde, on ne peut que constater à quel point il est difficile d'impliquer la population dans les SSP. L'OMS, par exemple, fait le constat que le souhait initial de voir les citoyens s'impliquer concrètement dans les services de santé par le biais de groupe ou comités sociosanitaires locaux (OMS, 1978, 1986, 1997) est difficilement applicable (OMS, 2008). On mise aujourd'hui sur la participation publique, tant pour la consultation des politiques publiques en santé que pour l'élaboration des mécanismes de « *responsabilisation* » (p.9) des individus face à leur propre santé. Le levier principal se situe au niveau de l'organisation des soins de santé primaires, c'est-à-dire de leur capacité à se centrer sur les besoins réels de la population, donc d'être plus pertinents et efficaces (OMS, 2008). Qu'en est-il de la réalité terrain au Québec? Dans quelle mesure les différents acteurs ont une capacité d'action dans l'organisation des soins de santé de la province? La prochaine section s'y intéresse plus particulièrement en décrivant le fonctionnement global du système de soins de santé primaires du Québec.

1.2.2 Organisation des services de santé de proximité au Québec – En bref

Établissons clairement ici qu'il n'est pas dans notre intention d'analyser dans tous les détails le système de santé du Québec. D'autres l'ont fait beaucoup mieux que nous, tant à un niveau historique, sociopolitique, économique ou d'administration publique (Bernier, 2011; Contandriopoulos, 2008; Fleury et coll., 2007; Gaumer, 2008; Guérard, 1996; Quenneville, Clavet, & Dubé, 2008) aussi nous préférons référer le lecteur à ces auteurs pour un portrait global plus juste. Pour notre part, nous nous concentrerons sur les soins de santé de proximité, souvent appelés au Québec « soins [de santé] de première ligne » (SPL)³⁰ et plus spécifiquement, sur les rôles et responsabilités de chacun. Ces éléments sont directement en lien avec le sujet de notre thèse. En effet, ils nous permettront de comprendre pourquoi des communautés, le plus souvent des municipalités, ont pu investir ce domaine qui relève pourtant du gouvernement du Québec, et dans une moindre mesure, du gouvernement du Canada.

³⁰ En fait, la notion de première ligne est polyconceptuelle, aussi faut-elle l'aborder prudemment. Techniquement parlant, SPL et SSP ne sont pas exactement des synonymes, au Québec du moins. SPL désigne les soins courants pour des problèmes de santé courants dispensés directement dans la communauté. Les SSP, concernent souvent, en plus de ces soins, ceux en santé publique et les activités de prévention/promotion. Toutefois, la réalité terrain des pays industrialisés est beaucoup plus complexe que ce qui se passe, par exemple dans les pays moins avancés où c'est la notion de SSP qui prime presque partout. Dans le cadre de cette thèse, nous n'irons pas dans ces subtilités et traitons les deux termes comme des équivalents, mais nous tenions au moins à avertir les lecteurs de cette distinction (J.-F. Lévesque, Roberge, & Pineault, 2007).

1.2.2.1 Les principaux acteurs, leurs rôles et responsabilités

C'est à la fin du 19^e siècle que remontent les balbutiements d'une organisation nationale et provinciale du système de santé. L'autonomisation politique vis-à-vis l'Angleterre, mais aussi la survenue de plusieurs épidémies, dont celle de la variole à Montréal qui éclate en 1885, force les autorités politiques à mettre en place certaines mesures d'hygiène publique, donc une certaine coordination des efforts entre les différents acteurs (Guérard, 1996). Les choses ont évolué lentement jusqu'à la Révolution tranquille, si bien que l'on s'est retrouvé récemment avec quatre grands acteurs dans le système de santé et de services sociaux du Québec : le palier fédéral, provincial, régional (aujourd'hui aboli) et local.

Le palier fédéral

Il est important de faire une distinction dès le départ. Les soins de santé, c'est-à-dire les services offerts par un professionnel du domaine sociosanitaire, sont de compétence provinciale. Le gouvernement fédéral a de nombreux pouvoirs et responsabilités relatifs à la santé de ces concitoyens, mais qui touche surtout l'établissement d'un cadre général à partir duquel les provinces peuvent exercer leur compétences (Tiedemann, 2008). Il n'en demeure pas moins que la nature de l'organisation politique du pays (confédération) fait en sorte que le gouvernement fédéral

a une influence directe ou indirecte sur les systèmes de santé provinciaux (Gaumer & Fleury, 2007).

Le premier pouvoir est celui relatif au droit criminel (Tiedemann, 2008). Globalement, il s'agit, pour l'État canadien, de protéger la santé de la population contre certains produits, techniques ou lois provinciales qui pourraient, même involontairement, mettre en danger une partie de la population (équipement médical, médicament, tabac, cosmétique, procréation assistée, etc.).

Les responsabilités subséquentes découlent, pour une plus grande part, du « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral, c'est-à-dire que par l'entremise de la Loi constitutionnelle de 1871, le gouvernement canadien peut lever des impôts et dépenser cet argent comme bon lui semble³¹ (Richer, 2007). En santé, sa contribution vient principalement³² du système de transfert canadien en matière de santé (TCS). Pour avoir droit à ces transferts, les provinces doivent respecter les cinq principes de la Loi

³¹ Il faut savoir qu'il aura fallu un jugement de la Cour Suprême du Canada pour que ce pouvoir de dépenser, dans le champ de juridiction des provinces, soit reconnu. Plusieurs provinces, dont le Québec, étaient farouchement opposées à cette volonté (Bernier, 2011).

³² Notons au passage d'autres programmes de transfert; celui du transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Aussi, celui du Fonds pour la réforme de la santé (FRS) qui a toutefois pris fin en 2006, mais qui visait à améliorer les soins de santé primaires dans chacune des provinces. Enfin, le gouvernement fédéral s'est engagé entre 2004 et 2010 à contribuer à la réduction des délais d'attente pour certains actes médicaux (Holden & Laurent, 2004)

canadienne sur la santé (voir plus loin), mais ne sont pas tenues de dépenser cet argent spécifiquement en santé (Holden & Laurent, 2004)³³.

Ce pouvoir de dépenser donne également au palier fédéral le droit et la responsabilité d'agir à d'autres niveaux comme l'éducation supérieure ou l'aide sociale. Pour ce qui est du domaine de la santé, ce pouvoir inclut la recherche, la promotion et l'information en santé, la prévention des maladies et la mise en place/évaluation de projets pilotes susceptibles d'avoir une incidence sur la santé de la population (Tiedemann, 2008). Notons également que le gouvernement fédéral est responsable de certains sous-groupes comme les Premières nations et les Inuit, les militaires, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux pour ne nommer que ceux-ci. Ainsi, il existe des programmes de santé (et des budgets associés) pour chacun d'eux.

On en arrive finalement à la Loi canadienne sur la santé (Canada, 1984) qui vient établir les cinq grands principes³⁴ du système de santé canadien : universalité, globalité, gestion publique, transférabilité et accessibilité. C'est ainsi qu'en plus de garantir un

³³ Soulignons que ce pouvoir de dépenser a permis au gouvernement canadien de participer au financement de l'Assurance hospitalisation dans les années 1961 et de l'Assurance maladie quelques dix années plus tard (M.-J. Fleury et al., 2007)

³⁴ Principes qui, nous l'aurons compris, sont aussi les conditions que les provinces doivent respecter sous peine de se voir amputer une partie des transferts. Dans la mesure où le gouvernement fédéral ne finance actuellement que 25 % des dépenses provinciales en santé - alors qu'il était de 50 % lors de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé – ce respect des principes est d'autant plus vital aujourd'hui (Bernier, 2011; Roos et coll., 2016)

accès à tous les résidents aux soins médicaux requis, la Loi canadienne sur la santé vient encadrer les transferts fédéraux en santé. Également, cette loi vise à éviter la surfacturation et les frais modérateurs chez les médecins et les dentistes pour des services déjà assurés par l'État (Canada, 2004).

Le palier provincial

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce sont les gouvernements provinciaux qui sont responsables de l'organisation et de la prestation des services de santé sur leur territoire. Le premier mouvement fut réalisé en 1961 avec la mise en place de l'Assurance hospitalisation, mais qui concerne uniquement les soins reçus dans un centre hospitalier. En 1970, c'est l'Assurance maladie a été mis sur pied et qui touche les soins médicaux généraux, dentaires et optométriques. Puis, en 1971, le Québec s'est doté de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSSS), ce qui lui permet d'agir encore aujourd'hui à titre d'administrateur et d'assureur principal (Gaumer, 2008). Notons également la présence du Régime d'Assurances médicaments, mais ce dernier touche environ la moitié de la population du Québec. L'autre moitié étant couverte par un régime d'assurances privées (MSSS, 2005). Peu importe, ici interviennent deux acteurs principaux : la Régie de l'Assurance maladie (RAMQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La Régie de l'Assurance maladie du Québec

La RAMQ relève du MSSS, mais elle demeure un organisme qui conserve une certaine autonomie dans le système de santé et de services sociaux de la province. Son rôle principal est d'administrer les régimes d'assurance maladie et de médicaments du Québec. Aussi doit-elle veiller à l'information, la sensibilisation et à l'admissibilité des personnes. C'est elle aussi qui est responsable de la rémunération des professionnels de la santé, principalement des médecins, puisque les actes médicaux couverts relèvent de l'Assurance maladie. Elle peut agir contre les individus ou organisations qui enfreignent les principes de gratuité et d'universalité des soins, au besoin (RAMQ, 2014).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Les responsabilités du MSSS en regard du système de santé québécois sont de l'ordre de la gestion, de la régulation, de l'organisation et de l'évaluation des politiques sociosanitaires provinciales, de grandes orientations en matière de ressources matérielles, financières et humaines du système et de l'application des lois et règlements³⁵.

³⁵ Il existe 35 lois et règlements qui sont directement mis en œuvre par le MSSS et 12 autres lois et règlements qui sont appliquées par le MSSS, mais qui sont mis en œuvre par d'autres organismes, par exemple, la RAMQ

Il faut ici s'arrêter sur une responsabilité du MSSS qui est importante dans le cadre de notre thèse : les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Puisque les différentes régions du Québec n'ont pas le même niveau d'accès aux services de santé, le MSSS octroie des « places » de pratique de médecine (générale et spécialisée) à chacune d'elles afin d'établir une plus grande équité (MSSS, 2017b). Ce nombre est basé principalement sur les besoins de la population en matière de services de première ligne et des départs ou arrêts de pratique des médecins déjà en place. Ces PREM sont transmis à la direction régionale de médecine générale (DRMG). Notons que ces PREM, comme le nom l'indique, concernent la région en entier et non pas spécifiquement les établissements de santé régionaux. Dans les faits, les PREM se traduisent au niveau local en PEM (plan d'effectifs médicaux), c'est-à-dire les « postes disponibles » pour chaque établissement de santé (Casavant, 2013). Il n'en demeure pas moins qu'en vertu des PREM, et même des PEM, un médecin est libre de pratiquer où il le désire dans une région, peu importe l'endroit³⁶ (Casavant, 2013).

Pour terminer sur les rôles et responsabilités du palier central, le MSSS s'occupe également de la répartition des ressources financières. Avant la mise en application de la LMRSSS, cette répartition se réalisait entre toutes les Agences régionales (MSSS, 2014b) . Depuis avril 2015, cette répartition s'effectue plutôt entre les Réseaux territoriaux de

³⁶ Précisons que Les PREM concernent 55 % de la pratique quotidienne dans le régime public. Les 45 % de la pratique restante peuvent être réalisés dans n'importe quelle autre région du Québec, au choix du médecin.

services (RTS). Enfin, tout comme son homologue du fédéral, le MSSS occupe des fonctions relatives à la santé publique (surveillance, promotion, prévention et protection en santé et bien-être) dans la province (MSSS, 2015).

Le palier régional [aboli en 2015]

Depuis le 1^{er} avril 2015 et l'application de la LMRSSS, il n'existe plus de palier administratif régional. Le tout a été fusionné avec le palier local que nous aborderons ci-après (Québec, 2015b). De ces changements, il ne subsiste que les 18 régions sociosanitaires (RSS), soit les 16 régions administratives de la province ainsi que le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Puisque notre thèse se penche sur une étude de cas réalisée en 2013, il faut rappeler certains faits de cette époque.

D'abord, les Agences de la santé et des services sociaux étaient issues du projet de loi 83, soit la « Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives » (Québec, 2005a). Les Agences avaient pour responsabilité d'établir les priorités d'action avec les partenaires et la population régionales, de coordonner le plus efficacement possible l'organisation des services, d'exercer les fonctions régionales de santé publique (promotion, prévention, protection), d'octroyer les budgets aux établissements de soins et aux organismes communautaires

(en d'en effectuer le contrôle), de promouvoir l'implication et la participation de la population, le respect des droits des usagers et finalement, d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés et la satisfaction des usagers (MSSS, 2014b).

Le palier local

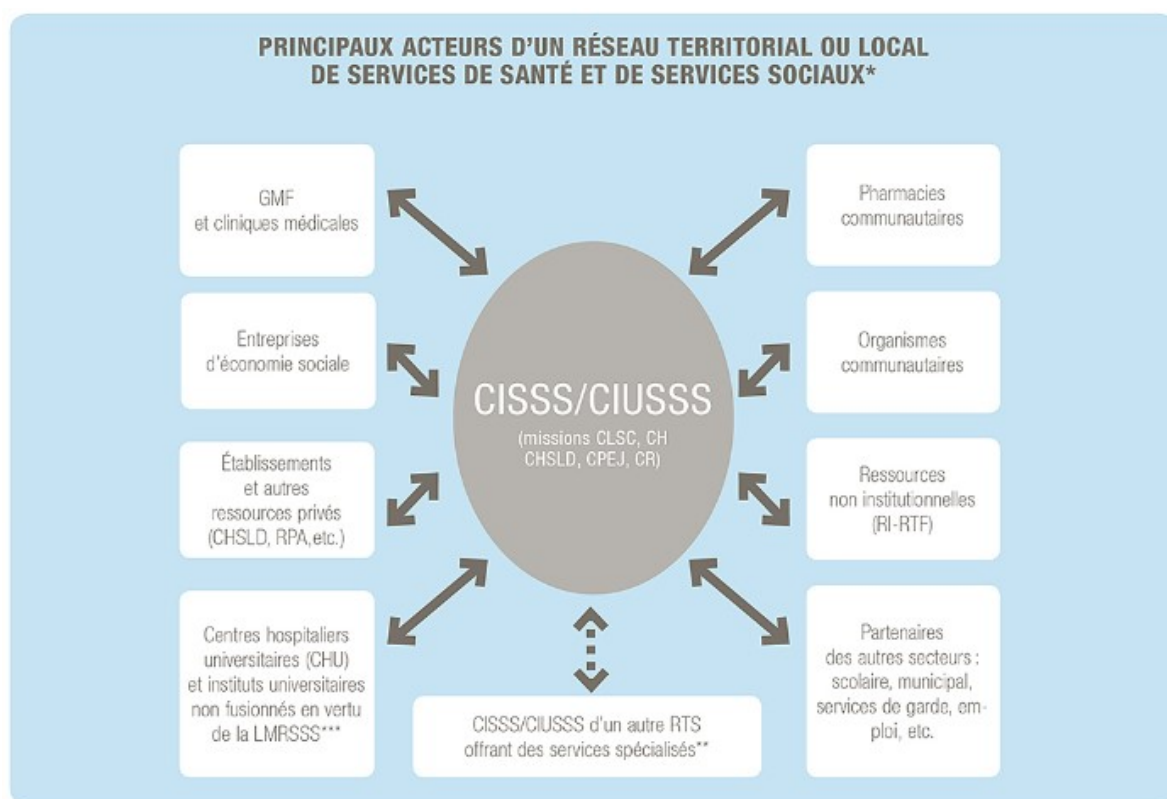
À la suite de l'adoption du projet de loi 10 en 2015, les 94 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec ont été fusionnés avec les Agences de santé régionales afin de créer les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)³⁷. Dans le cas où un établissement de santé universitaire est présent sur le territoire, on parlera plutôt de Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)³⁸. Il existe présentement, à la grandeur de la province 13 CISSS et 9 CIUSSS. Les CISSS (ou CIUSSS) ont conservé la plupart des responsabilités des défunctes Agences régionales, hormis celles qu'elles avaient envers les établissements. Pour ce dernier cas, c'est le ministre qui en est désormais directement responsable.

³⁷ Pour l'anecdote, on rappellera que les CSSS résultaient eux-mêmes de la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, le cas échéant, des Centres hospitaliers (CH) de leur territoire (MSSS, 2014a).

³⁸ Certains établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés à la grandeur de la province n'ont pas été fusionné aux CISSS. On parle du CHU de Québec, de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill, du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, de l'Institut de Cardiologie de Montréal et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. De plus, 5 établissements qui desservent la population autochtone du nord québécois ne sont pas non plus assujettis à la LMRSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016f)

Chaque CISSS (ou CIUSS) est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS). Il y en a donc 21 dans la province et ces derniers se subdivisent en Réseaux locaux de services (RLS), pour un total de 93. Ces mêmes RLS se divisent enfin en territoires CLSC, le plus bas niveau de découpage socioterritorial et correspondent grosso modo aux territoires des MRC, sauf dans le cas de la région montréalaise. Le rôle des RTS et des RLS est d'assurer l'offre et la continuité des services de proximité en santé et services sociaux.

Figure 1 Représentation d'un réseau territorial de services (RTS)



* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

*** La LMRSSS réfère à la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux (2016f)

Comme on peut le constater à la Figure 1, les CISSS sont chargés de coordonner l'offre de services en santé des différents acteurs du système de santé ou d'autres secteurs d'activité (p.ex. scolaire, municipal) tant de la sphère publique privée ou communautaire (MSSS, 2015).

Il faut aussi noter que, depuis avril 2015, c'est désormais au niveau local qu'œuvrent les Départements régionaux de médecine générale (DRMG). Alors qu'ils étaient auparavant logés dans les Agences régionales, ils dépendent désormais du, ou de la Président(e) directeur-trice général(e) des CISSS³⁹. Leur rôle, toutefois, n'a pas changé. Les DRMG participent à l'élaboration d'un Plan régional d'organisation des services (PROS), c'est-à-dire un portrait des services existants et attendus en matière d'accessibilité ou de prise en charge de clientèles particulières (Casavant & Belzile, 2013). Concrètement, cela se traduit par une liste des « Activités médicales particulières » (AMP) à réaliser dans les divers établissements de la région⁴⁰ (Fédération des médecins résidents du Québec, 2017). La liste est établie conjointement avec le CISSS, mais c'est le DRMG

³⁹ Source : <http://www.vosdroitsensante.com/92/le-departement-regional-de-medecine-generale#formulaire>

⁴⁰ Ces AMP sont toujours établies de façon prioritaire dans l'ordre suivant : la pratique à 1) l'urgence d'un hôpital ou dans un CLSC, 2) les soins aux malades admis en courte durée, 3) les activités de garde dans un CHSLD, en maintien à domicile ou en centre de réadaptation 4) les soins obstétriques et finalement, si les effectifs sont suffisants dans les quatre premières priorités 5) le suivi des clientèles vulnérables ou 6) toute autre activité jugées prioritaires par l'Agence et le MSSS. Voir : Fédération des médecins résidents du Québec (2017).

qui est chargé de faire connaître auprès des médecins les AMP régionaux et de voir au respect de ces priorités auprès d’eux. En ce sens, c’est le DRMG qui est responsable de délivrer un avis de conformité au PREM pour les nouveaux médecins qui demandent à pratiquer dans une région⁴¹.

Évidemment, le portrait de la réalité avant 2015 était quelque peu différent⁴². Les CSSS étaient au cœur des RLS. Un RLS était censé permettre une meilleure coordination, intégration et continuité des services à la population pour l’ensemble des partenaires d’un territoire. Les CSSS étaient également responsables de la prestation des services de santé au niveau local et de gérer les ressources humaines, financières et matérielles de ses établissements. Enfin, s’il y avait présence d’un établissement à vocation universitaire dans le RLS, le CSSS était responsable d’organiser des activités de recherche, d’enseignement et d’évaluation des interventions (MSSS, 2014b).

⁴¹ Résumons ici l’interaction entre les PREM, les PEM et les AMP. Prenons un médecin finissant qui se cherche un endroit de pratique. Sa première quête sera de vérifier où se situent les postes disponibles dans le Québec (PREM) et enfin, dans les régions (PEM). Si un poste potentiel l’intéresse, il vérifie ensuite la liste des AMP dans l’établissement visé afin de voir si les tâches à combler lui conviennent. Ainsi, malgré cette ouverture d’un poste, il est possible qu’il choisisse un autre établissement, si la liste des AMP ne lui convient pas (FMOQ, 2012b).

⁴² Par contre, la figure 1 est toujours d’actualité pour parler de l’organisation des RLS pré 2015. En effet, peu importe la période, les partenaires locaux sont les mêmes. Seul le nom, au centre de la figure pourrait être remplacé par « CSSS ». Pour le reste, il n’y a aucune différence notable.

Que ce soit avant ou après 2015, il faut retenir que chaque acteur du réseau de santé local est dans l'obligation de participer au maintien de l'offre de services de proximité selon le principe de responsabilité populationnelle, et ce, même après la mise en place de la LMRSSS. Plus particulièrement, on vise à :

« [Rendre] accessible un ensemble de services le plus complet possible (comprenant les services de santé publique visant à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. De plus, la priorité sera accordée à certaines personnes présentant des problèmes particuliers » (MSSS, 2004, p. 9)

Dans le cadre de notre thèse, trois acteurs sont particulièrement interpellés par cette responsabilité populationnelle⁴³ : les médecins, les entreprises issues de l'économie sociale et enfin, les municipalités.

Les médecins

Le rôle principal des médecins est évidemment de poser un diagnostic, traiter et prévenir les problèmes de santé de la population. Certains d'entre eux se consacrent également à la recherche, l'enseignement ou l'administration des services de santé. De

⁴³ Nous sommes conscientes que ces trois acteurs ne sont pas les seuls à être impliqués dans la responsabilité populationnelle. Par exemple, on aurait pu citer les organisateurs communautaires travaillant dans les CISSS ou CIUSSS et qui ont un rôle important à jouer au niveau de la promotion ou de la prévention en santé, particulièrement en regard de leur travail sur les déterminants de la santé (Parent, 2014a). Toutefois, dans un souci de concision, et considérant le sujet de cette thèse, nous avons préféré nous en tenir à ces trois acteurs.

manière générale, ce sont les médecins de famille, ou omnipraticiens, qui œuvrent dans les services de première ligne (Collège des médecins du Québec, 2009). Dans le cadre de cette thèse, ce n'est donc pas des médecins spécialistes dont il sera question, mais bien des médecins généralistes, à moins d'indication contraire bien évidemment. Les médecins sont des travailleurs autonomes, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas considérés comme des membres du personnel, des cadres ou des employés des établissements de santé où ils pratiquent (Québec, 2016c). Leur rémunération changera également, selon le lieu de pratique. Au Québec, les deux principaux modes de rémunération sont « à l'acte » ou le « salariat »⁴⁴ (Boulenger & Castonguay, 2012). Pour les médecins participants au Régime d'assurances public (RAMQ) - la très grande majorité des médecins selon le Collège des médecins du Québec (CMQ, 2013) - il y a deux grands milieux de pratique : En établissement, d'abord, donc le plus souvent dans un CSSS (missions CH, CLSC, CHSLD, etc.) ou en clinique. Pour cette deuxième catégorie, il existe trois grandes formes d'organisation : le cabinet de médecin dit « traditionnel », les Groupes de médecine familiale (GMF) et les GMF-réseau (GMF-R).

⁴⁴ Il existe cinq grands modes de facturation des actes médicaux : 1) la rémunération à l'acte (RA) auquel un tarif est associé, selon l'acte posé. 2) La rémunération pour les services de laboratoire en établissement (SLE) qui concerne la biologie médicale, nucléaire ou radiologique. 3) La rémunération à salaire (ou salariat) où le médecin est payé selon le nombre d'heures travaillées dans un CLSC ou une direction de santé publique. 4) la vacation qui concerne surtout les psychiatres et qui couvre les activités exclusivement professionnelles et; 5) rémunération mixte qui combine un per diem et la rémunération à l'acte. Ce dernier mode concerne presque exclusivement les médecins spécialistes. Toutefois, certains omnipraticiens y ont aussi recours. À cela, rajoutons les montants forfaitaires qui sont alloués pour certains actes spécifiques (ex : travail en pénurie d'effectif, prise en charge des clientèles vulnérables, etc.). Voir : (Boulenger & Castonguay, 2012)

Le **cabinet de médecin** est probablement, avec les CH, la forme d'organisation de travail des médecins la plus connue. Il peut être composé d'un seul ou de plusieurs médecins et infirmières, avec les employés de soutien administratif. Les services de première ligne offerts sont de l'ordre de la prise en charge, du suivi et des visites à domicile. Dans certains cas, des chirurgies mineures et un service de prélèvement sont également offerts. Les médecins sont propriétaires de leur clinique (médecin entrepreneur), mais pas nécessairement des bureaux qu'ils occupent (donc, locataires). Ce mode d'organisation offre une très grande liberté de pratique et une proximité avec les usagers, par rapport à la pratique en établissement, car les médecins sont aux commandes de tous les aspects de la clinique (prise de rendez-vous, tenue de dossier, gestion du personnel et de la bâtisse, horaire de travail, etc.), mais il est en même temps beaucoup plus exigeant en temps et en argent, surtout dans le cas des très petites cliniques où le médecin est seul pour gérer et absorber tous les coûts inhérents à son cabinet. Pour aider ces médecins, l'État bonifie de 30 % leur rémunération afin d'absorber les frais administratifs⁴⁵.

Les **GMF** regroupent plusieurs médecins de famille qui travaillent de concert afin de fournir des services de première ligne (prise en charge et suivi) à la clientèle. Les

⁴⁵ Comprendons donc ici que les médecins qui œuvrent dans un établissement public n'ont pas cette bonification de 30 %, puisqu'ils n'ont pas de clinique à gérer. Cette distinction est importante et sera abordée un peu plus loin dans notre cas à l'étude.

médecins peuvent provenir d'une clinique, d'un CSSS, d'une Unité d'enseignement en médecine familiale (UMF) ou encore d'une combinaison de tous ces milieux à la fois. Pour soutenir le travail de ces praticiens, les GMF sont normalement composés d'infirmières bachelières et de personnels de soutien (secrétariat, administration, etc.). Ces cliniques sont censées offrir une couverture de service (avec ou sans rendez-vous) 12h par jour et au moins 4h les fins de semaine ou jour fériés (FMOQ, 2011). En échange, les GMF reçoivent un certain montant d'argent, pondéré par le nombre de patients inscrits (et non pas nécessairement « vus » par un médecin), afin de soutenir techniquement et financièrement le fonctionnement d'une clinique et la prise en charge toujours plus grande de nouveaux patients. Cela s'ajoute, au montant déjà accordé aux médecins pratiquant hors établissement qui a été abordé précédemment (CMQ, 2013).

Il faut noter que depuis 2015, le gouvernement Couillard a mis en place les **GMF réseau** (GMF-R), appelées aussi « supers-cliniques ». Puisque ces GMF-R demandent plus de personnel soignant et technique, le financement du gouvernement a été augmenté (MSSS, 2017a). En plus de remplir leur mission GMF, les GMF-R doivent faciliter l'accès des patients non-inscrits ou de ceux qui sont dans l'impossibilité de voir leur médecin de famille. En ce sens, ces cliniques doivent être ouvertes 7 jours sur 7, 12 heures par jour. De plus, elles doivent être en mesure de donner accès à un centre de prélèvement et un laboratoire d'imagerie médicale. Les GMF-R sont appelés à prendre le relais des Cliniques

réseau (CR)⁴⁶ mises en place sous le gouvernement précédent, à ceci près qu'elles n'ont pas à jouer un rôle de coordination dans les RTS comme le faisaient leurs prédécesseurs. Depuis 2016, toutes les CR existantes sont amenées à obtenir leur accréditation GMF-R dans les plus brefs délais (MSSS, 2016b).

Organismes issus de l'économie sociale

Prise au sens large, l'économie sociale réfère à l'ensemble des activités de l'économie collective - par opposition à l'économie privée ou publique – donc à la production de biens ou services qui ont une rentabilité sociale et non pas seulement économique (Chantier de l'économie sociale, 2012). On y retrouve l'ensemble des organismes [communautaires] à but non lucratif (OBNL) avec activités marchandes (p.ex. : CPE) ou non marchandes (p.ex. : organisme de défense des droits) ainsi que les coopératives et les mutuelles. On nomme « entreprise d'économie sociale » (EÉS) un organisme dont les activités ont une finalité sociale, c'est-à-dire qu'il n'est pas centré sur la recherche du profit. Plutôt, il cherche à répondre aux besoins de ses membres ou de la

⁴⁶ Une CR était un groupe de médecins ou de cliniques déjà bien établies et qui acceptaient de jouer un rôle de coordination plus grand dans le RLS local. On visait ainsi à rapprocher les médecins en pratique solo ou de groupe (cabinet), faciliter l'accès de ces derniers à un plateau de services plus étendu et spécialisé et donc, améliorer l'accès aux services de première ligne dans l'ensemble du RLS. L'un des objectifs des CR était également de diminuer le recours aux services d'urgence par les patients incapables de voir un médecin de famille rapidement. Notons que les CR visaient plus particulièrement les grands centres urbains, Montréal notamment, là où le modèle GMF était moins adapté aux services, besoins et problématiques de la population (FMOQ, 2012a)

collectivité et en ce sens, participe pleinement au développement durable du milieu, tant sur l'aspect individuel que collectif (Chantier de l'économie sociale, 2016).

L'économie sociale est depuis longtemps impliquée dans le domaine sociosanitaire, et ce, bien avant la loi sur l'Assurance hospitalisation en 1961 ou l'adoption de la LSSSS au Québec en 1971 (Comeau & Girard, 2005). Il y a les mutuelles, bien sûr, présentes dès le 19^e siècle, mais on pense surtout aux cliniques communautaires des grands centres urbains dans les années 1960 qui serviront de modèle pour la mise en place des CLSC (Giroux, 2008). Puis, le grand mouvement de désinstitutionnalisation des soins en santé mentale dans les années 1970 a forcé, en quelque sorte, le milieu communautaire à s'adapter à la nouvelle réalité et à créer des services de soutien pour les personnes souffrant de troubles mentaux, sans support, familles ou services pour les aider dans leur rétablissement (Guérard, 1996). Le mouvement des femmes au Québec a aussi participé concrètement au déploiement de services à l'échelle communautaire, en réaction à la surmédicalisation des soins de santé touchant les soins obstétricaux, pré/périnataux. Dans ce dernier cas, c'est un sentiment de perte de pouvoir des femmes sur leur corps et les décisions qui les concernent qui a donné naissance au mouvement pour la santé des femmes (Giroux, 2008). Plus récemment, on notera la présence des coopératives ou OBNL de maintien à domicile et d'habitation communautaire (pour les aînés, surtout) et les coopératives de santé, dont il sera question plus loin. Bref,

l'économie sociale a depuis longtemps une place importante dans le système de santé québécois, tant au niveau de l'innovation que de la prestation de services à la population (Giroux, 2008).

De son côté, le MSSS fait une distinction nette entre organisme communautaire et entreprises d'économie sociale, du moins pour ceux qui entretiennent des relations de collaboration avec les CISSS. Pour les premiers, les organismes communautaires subventionnés, le MSSS reconnaît qu'ils offrent des services ou du soutien en prévention, en hébergement temporaire ou en défense de droits des usagers⁴⁷. Les organismes communautaires subventionnés ont une mission semblable ou complémentaire à ce qui se fait dans le Réseau, mais avec une approche propre au mouvement communautaire : fonctionnement démocratique, autonomie, approche égalitaire des rapports intervenants-usagers et approche globale de la santé (MSSS, 2012b). En ce qui a trait aux entreprises d'économie sociale, le MSSS compte sur l'offre de services de celles qui se spécialisent en

⁴⁷ Pour les organismes non subventionnés, ils peuvent, par exemple, faire l'objet d'une référence de la part d'un intervenant du Réseau, mais sans que cela n'engage en rien les deux parties. Techniquement parlant, ils ne font donc pas partie des RTS, mais encore une fois, la réalité est beaucoup plus complexe que cette seule question de financement. On citera en exemple le cas de plusieurs organismes communautaires autonomes qui par désir de rester justement « autonomes » ne veulent pas signer d'entente de services avec les CISSS ou les CIUSSS (anciennement les Agences de santé régionale). Ce faisant, les possibilités de financement sont bien minces. Pourtant, ils demeurent des acteurs essentiels et reconnus au développement social des communautés. En ce sens, qu'une partie seulement des organismes communautaires soit reconnue comme partenaires officiels des RTS ou RLS n'est qu'une formalité administrative et comptable, tout au plus, car leur rôle dans les communautés est depuis longtemps bien avéré (Jetté, Lévesque, Mager, & Vaillancourt, 2000; Vaillancourt & Armstrong, 2002; Vaillancourt & Jetté, 1997).

aide-domestique (EESAD). Elles couvrent les domaines de l'entretien ménager, de la préparation des repas, du répit aux proches aidants et de la surveillance ou de l'assistance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour les personnes vivant avec des incapacités (MSSS, 2016d)⁴⁸.

Les municipalités

Traditionnellement, le rôle des municipalités dans le domaine de la santé et des services sociaux s'est toujours situé en santé publique, et ce, depuis le début de la colonisation⁴⁹ (Guérard, 1996). Aujourd'hui pourtant, elles ont un rôle plutôt diffus, à peine reconnu par le MSSS, du moins si l'on en croit les plus récentes publications du ministère (MSSS, 2016f). De son côté, le MAMOT (2013a) considère que les municipalités n'ont aucune responsabilité en matière de fourniture de service en santé. En dépit de ces deux positions, on constate que les municipalités ont souvent eu un rôle important à jouer en matière de prévention et de promotion en santé. Par exemple, lors de la fusion des municipalités amorcée en 2000 et complétée en 2006, les villes de plus de 100 000 habitants ont été invitées à élaborer leur propre politique de développement social (Québec, 2000).

⁴⁸ Les coopératives de santé, pourtant représentées par la même fédération, soit celle des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ), sont complètement évacuées de cette définition. Cela en dit long sur la reconnaissance de ces organisations, point sur lequel nous reviendrons dans la section qui leur est entièrement dédiée.

⁴⁹ Les mesures d'hygiène (égout, eau potable) ou les interventions ponctuelles lors d'épidémie sont de bons exemples (Guest, 1995).

On pense aussi aux deux éditions (2002-2007; 2007-2014) de la Politique nationale de la ruralité (PNR), portée par le MAMOT (2016), qui se situe donc techniquement à un niveau provincial, mais qui a permis le développement de projets à l'échelle locale un peu partout dans le Québec rural. Concrètement, le gouvernement a signé des pactes ruraux avec les MRC rurales du Québec selon quatre orientations stratégiques: 1) promouvoir le renouvellement et l'intégration des populations; 2) favoriser la mise en valeur des ressources humaines, culturelles et physiques du territoire; 3) assurer la pérennité des communautés rurales et 4) maintenir un équilibre entre la qualité de vie, le cadre de vie, l'environnement naturel et les activités économiques. Le financement accordé était géré par les MRC et elles devenaient responsables de l'élaboration de plans stratégiques avec l'aide des agents de développement rural (ADR). Plusieurs effets positifs ont été notés, en regard du développement global des communautés, ce qui en soit à un effet indirect sur la santé physique et psychosociale des individus (Leblanc, Jean, Lafontaine, & Marceau, 2007). Par contre, on sait aussi que la PNR et les pactes ruraux ont permis de développer des projets reliés à la santé, particulièrement en prévention ou en promotion, tout en stimulant la participation citoyenne dans les milieux grâce au travail d'animation des ADR (Simard & Richardson, 2014)

Les municipalités ont aussi eu à mettre en place des programmes ou des initiatives en lien avec la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (MESS,

2002), avec la Loi sur le développement durable (Québec, 2006) et bien sûr, avec le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie (MSSS, 2012a). Notons également que des représentants municipaux sont amenés à siéger aux conseils d'administration des CISSS ou des CIUSSS (MSSS, 2016f).

Quant au nouveau pacte fiscal 2016-2019 annoncé par le gouvernement Couillard, il prédit plus de responsabilités pour les MRC, mais moins de ressources (Québec, 2016a), ce qui laisse perplexe quant aux résultats que cela peut avoir sur le développement des milieux (Vaillancourt, 2017). Quoiqu'il en soit, le bref panorama que nous venons de dessiner démontre clairement que les municipalités ont plusieurs responsabilités en regard du développement des milieux de vie, du logement, de la sécurité alimentaire et des infrastructures sportives (Letarte & Fréchette, 2009; Réseau québécois de Villes et villages en santé). Comme l'ont souligné Simard et Richardson (2014), il est faux d'affirmer que seuls les acteurs du réseau de la santé ont un rôle à jouer sur la santé des individus et des communautés. L'expérience de la PNR a bien démontré que les municipalités sont des actrices incontournables. Et pourtant, cette non-reconnaissance persiste toujours.⁵⁰

⁵⁰ Ce manque de reconnaissance, sans l'ombre d'un doute, est directement en lien avec la vision très hospitalocentrique et curative que nous avons de la santé. En effet, le rôle des municipalités se retrouvent beaucoup plus près du pôle prévention-promotion (milieux favorables) que celui d'un cabinet de médecin.

Bref, on peut constater que les acteurs, leurs rôles et leurs responsabilités sont nombreux dans le système de santé du Québec. Et encore! Nous n'avons abordé que brièvement les services de première ligne, sans nous soucier de la deuxième et de la troisième ligne⁵¹. Cette multitude d'interlocuteurs complexifie évidemment les questions de gouvernance, d'administration et de prestations des services (Gaumer & Fleury, 2007). Ce n'est pas pour rien que les SPL font l'objet de multiples tentatives de réformes, depuis les tous débuts (Gaumer, 2008). Trop complexes et tributaires du contexte sociopolitique environnant, ils ne réussissent pas à atteindre les objectifs qui leur ont été fixés. En conséquence, et dans presque toutes ces sphères d'action, on dénote des problèmes d'accès, ce qui ne va pas sans conséquence sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des individus et des communautés (Institut national de santé publique du Québec & Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012). Quelles sont ces causes et conséquences? La section qui suit s'intéresse plus particulièrement à cette question, ce qui nous permettra du même coup de mieux situer le contexte d'émergence des coopératives de santé au Québec.

⁵¹ Ces appellations tendent à disparaître avec l'application de la loi 10 (Québec, 2015) et qui vise à accroître l'intégration des services

1.2.3 Enjeux et difficultés des services de santé de première ligne du Québec

Le problème de l'accès aux SPL n'est pas récent, tant s'en faut, et il n'est pas non plus exclusif au Québec. Le Canada dans son ensemble, comme de nombreux autres pays ayant un système de santé reposant sur le principe d'universalité des soins, est aux prises avec une organisation difficile des SPL (Contandriopoulos, 2008; Halpern, 2010; Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2009). Au Québec, c'est principalement l'accès à un médecin de famille qui cause des difficultés, ce qui est particulièrement problématique dans la mesure, où comme nous l'avons dit précédemment, la structure du système de santé du Québec fait en sorte que les médecins généralistes sont la porte d'entrée vers la deuxième et la troisième ligne (MSSS, 2005). C'est donc dire que les deux principaux problèmes de la première ligne au Québec sont l'accessibilité et la continuité⁵² (Lévesque et coll., 2007). Pourquoi en sommes-nous rendus à ce résultat aujourd'hui? Plusieurs facteurs entrent en compte, que l'on pense aux différentes réformes de la santé et leurs conséquences sur le système de santé global ou encore à l'évolution de la pratique médicale. Cela vaut donc la peine de s'attarder à ces facteurs (et à leurs conséquences) avant de voir les solutions alternatives que certaines communautés ont pu trouver pour contourner les problèmes des SPL.

⁵² Par « accessibilité », on entend le jugement porté sur la facilité d'entrer en contact avec une personne ou une institution qui donne des soins de santé. Par « continuité », on entend le jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins apportés dans une séquence temporelle qui inclut plusieurs types de services ou ressources. La continuité comporte trois dimensions : informationnelle, clinique et relationnelle (Lévesque, 2006)

1.2.3.1 Les réformes de la santé – un bref aperçu

La première réforme du système de santé du Québec a bien sûr été celle qui est à l'origine du système de santé que l'on connaît aujourd'hui, soit celle issue des travaux de la **Commission Castonguay-Nepveu** (1967-1972). La LSSSS (Québec, 1972) concrétisait l'existence des CLSC qui devaient être au cœur des SPL, car la majorité des médecins omnipraticiens devaient y travailler pour rediriger leurs patients vers la deuxième et troisième ligne. Cela ne s'est pas réalisé complètement. En effet, les médecins ont été rebutés par le mode de rémunération offert en CLSC (le salariat) et la perte d'autonomie sur leur pratique (Lévesque et coll., 2007). Il faut comprendre le contexte du moment où le Régime d'Assurances maladie venait d'être instauré. Du jour au lendemain, l'État devenait très interventionniste et interdisait du jour la facturation directement au patient. Ce fut beaucoup de changements en peu de temps, ce qui ne fut pas bien reçu par les médecins de l'époque et leur syndicat, la FMOQ⁵³ (Jetté, 2008). Toujours est-il que cette désertion des CLSC eu comme principal effet de renforcer la pratique en cabinet de médecin, de créer une certaine distance (discontinuité) entre les établissements de santé et les médecins de famille et ainsi compliquer la vision globale de la santé, tant sur ses dimensions mentale, physique et sociale, que sur le continuum promotion/prévention (INSPQ & FCRSS, 2012; Jetté, 2008; Lévesque et coll., 2007).

⁵³ La FMOQ conseilla d'ailleurs à ses membres de ne pas pratiquer dans les CLSC de l'époque et d'investir dans les cliniques privées (Girard, 2006a)

La deuxième grande réforme est celle issue des travaux de la **Commission Rochon** (1988) qui s'étendra surtout dans les années 1990. Elle ne touchait pas à proprement parler les SPL, mais ses impacts se sont fait sentir lourdement sur eux, notamment dans les CLSC. Comme suite à la baisse des transferts fédéraux en santé, ce qui se réalisa dans un climat plus global de restriction budgétaire, le gouvernement décide d'éliminer complètement son déficit pour les années 2000. On assista alors à la fermeture d'hôpitaux, à la fusion d'établissement à vocations parfois complètement différentes et l'élimination de plusieurs emplois (Comeau & Girard, 2000). Cette réforme est celle du virage ambulatoire et de l'intégration des services hospitaliers. Les CLSC, notamment, ont dû absorber une bonne partie du transfert des responsabilités, dont le suivi des services posthospitaliers (ex : soins à domicile) sans réelles ressources supplémentaires pour ce faire. Les activités de prévention ont dû être drastiquement restreintes au profit des nouvelles responsabilités (Lévesque et coll., 2007) et tout ce qui n'a pu être pris en charge par le réseau public fut transféré dans le milieu communautaire, avec la politique de reconnaissance des organismes communautaires, ou vers le privé (Comeau & Girard, 2000). Du même coup, et dans l'optique de contrer le climat « corporatiste » plutôt que centré sur les besoins des usagers (Jetté, 2008), on mit sur pied les Départements régionaux de médecine générale (DRMG) et les AMP abordés dans la section précédente (INSPQ & FCRSS, 2012).

La troisième réforme a été amorcée grâce aux travaux de la **Commission Clair** (2000) et elle se concentra sur la fragmentation observée des SPL et de leur difficulté d'accès. Partant du principe que la première ligne (CLSC et cabinet de médecin) est l'assise du système de santé, le Commissaire recommanda la création des GMF afin de rapprocher les deux « solitudes » (Gauthier & Rheault, 2008). Le but des GMF était l'inscription d'un plus grand nombre d'individus, la coordination, l'intégration et l'accessibilité accrue (INSPQ & FCRSS, 2012). Malgré les compromis de part et d'autre, les médecins sont demeurés sceptiques face au modèle des GMF, du moins au début. L'ingérence des Agences de santé dans les cabinets de pratique privée, la résistance à l'intégration des infirmières et le mode de rémunération proposée au départ (capitation) a découragé certains médecins à rejoindre les rangs des GMF (Gauthier & Rheault, 2008; INSPQ & FCRSS, 2012).

À la suite des travaux de la Commission Clair, une série de mesures ont été mises en place entre 2000 et 2005 et plus intensivement après l'élection du gouvernement Charest en 2003. La **Réforme Couillard**, du nom du ministre de la Santé de l'époque, constitue pour plusieurs l'une des plus grandes réformes (en termes de changements apportés) du système de santé depuis sa création (Quenneville et coll., 2008). Parmi les modifications les plus importantes, on retrouve la création des CSSS et des RLS que nous

avons vus dans la section précédente et la réforme du Code des professions (projet de loi 90) qui a, entre autres choses, permis d'élargir le rôle des infirmières et de faciliter la création du programme de formation d'« infirmière praticienne spécialisée [en soins de première ligne]» (IPS)⁵⁴. Cette dernière réforme, en comparaison des autres, est encore jeune et sous bien des aspects, non complétée ce qui rend l'évaluation des impacts sur l'accès aux SPL plus difficile. Pour plusieurs observateurs, les RLS auraient fait une avancée certaine sur la question de la coordination des différents services au niveau local (INSPQ & FCRSS, 2012). Le problème de continuité se serait ainsi allégé, encore que la situation ne soit pas parfaite (Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013). En regard des GMF, on note que le départ plutôt lent de l'implantation du modèle n'a jamais été réellement rattrapé même s'il ne constitue pas un échec en soi. De la cible originelle de 300 GMF implantés, ils étaient 210 en 2010 (INSPQ & FCRSS, 2012). En fait, c'est surtout le non-respect des contrats signés entre les Agences régionales et les GMF qui était alors au cœur des débats. L'ancien ministre péquiste de la santé ainsi que son successeur libéral ont tour à tour prévenu les GMF qu'ils devraient respecter les ententes au niveau de l'inscription de nouveaux patients et les heures d'ouverture s'ils ne voulaient pas être l'objet de sanctions. Ce à quoi ces derniers ont

⁵⁴ Selon le site Internet de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee>) « Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont des infirmières qui possèdent une expérience clinique dans un domaine spécifique et qui ont reçu une formation avancée de 2^e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives. La collaboration entre le médecin et l'infirmière praticienne augmente l'accès aux services de santé, favorise les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie et finalement améliore la santé de la population ».

répondu que le gouvernement devait, lui aussi, respecter ses engagements en termes de ressources humaines et financières⁵⁵ (Bélair-Cirino, 2014; Méthot, 2013).

Nous en arrivons à la période actuelle (à partir de 2015) et la **Réforme Barrette**. Devant le constat que le problème d'accessibilité à un médecin de famille ne s'est toujours pas résorbé, comme en témoignent les différents rapports publiés ces dernières années sur le sujet (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017; Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013; Institut national de santé publique du Québec & Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012), le ministre de la Santé a déposé une série de projets de loi qui visent deux grands objectifs : la réduction de la bureaucratie et l'augmentation de la charge de travail des médecins (Roy & Cossette-Civitella, 2015). Pour atteindre son premier objectif, le ministre a fait adopter sous le bâillon le Projet de loi 10, ce qui a modifié l'organisation et la gestion du Réseau de la santé et des services sociaux (Québec, 2015b). En regard de l'augmentation de la charge de travail des médecins, c'est le Projet de loi 20 qui a été adopté en novembre 2015 (Québec, 2015a). Alors, qu'à l'origine ce projet de loi entendait

⁵⁵ Entre autres choses, la FMOQ reproche au gouvernement du Québec de ne pas respecter ses engagements en regard du prêt d'infirmière pour aider au suivi des malades chroniques. Ces infirmières GMF ne sont pas des employées du GMF, mais bien des CSSS locaux, c'est pourquoi on parle de prêt. Notons aussi que nous ne parlons pas ici d'infirmière IPS, telle qu'abordée précédemment. Ces dernières sont encore peu nombreuses et il est donc normal de ne pas en retrouver dans tous les GMF du Québec (Daoust-Boisvert, 2013)

imposer des quotas aux médecins⁵⁶, le projet de loi accepté garantit maintenant l'accès à un médecin de famille dans les trois jours, ce qui passe par l'augmentation du nombre de GMF et la création des super-cliniques (GMF-R) et ce, d'ici le 31 décembre 2017. Enfin, le projet de loi 130, déposé pour consultation le 7 février 2017⁵⁷, entend donner encore plus de pouvoir au ministre de la Santé, notamment sur les conseils d'administration des établissements. Entre autres choses, il pourra ainsi annuler des décisions prises dans les CA d'établissements, si elles sont jugées non conformes aux objectifs de la réforme. Aussi les adjoints des présidents(e)s-directeur(trice)s généraux seront nommé(e)s par le ministre Barrette à partir d'une liste de noms fournie par les conseils d'établissements.

Il est encore un peu tôt pour juger des impacts de cette dernière réforme puisqu'elle s'est amorcée il y a à peine deux ans. On peut d'ores et déjà constater qu'elle a concentré les services (et le financement) vers la santé physique au détriment des autres volets plus sociaux. Moins de prévention (1^{re} ligne) et plus d'accent mis sur la deuxième et troisième ligne seraient également du nombre des modifications engendrées par cette réforme (Contandriopoulos, 2015). Hormis les changements de structures évidents, on

⁵⁶ Cette mesure a été abandonnée après la signature d'une entente entre le ministre de la santé et la FMOQ le 25 mai 2015. La FMOQ s'est engagée à ce que ses membres prennent en charge 85 % de la population québécoise. Les membres acceptent aussi de consacrer 80 % de leur pratique en cabinet. On peut consulter cette entente ici : <https://fr.scribd.com/doc/266650434/Entente-entre-le-ministre-Barrette-et-les-medecins-omnipraticiens-sur-l-acces-aux-soins-de-premiere-ligne>

⁵⁷ On peut suivre le cheminement de ce projet de loi sur le site de l'Assemblée nationale ici : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-130-41-1.html>

sait que le taux d'inscriptions de nouveaux patients va bon train et serait à 74,4 % actuellement, quoique derrière la cible fixée à 77 % pour la première année de la réforme. Quant aux GMF-R, leur nombre aurait été revu à la baisse, passant de 50 à 25 ou 30 super-cliniques. En 2017, il n'y aurait que deux GMF-R officiellement ouverts et plusieurs cliniques réseau (CR) éprouveraient plusieurs difficultés à effectuer la transition vers le modèle GMF-R. Certaines envisageraient même de mettre la clé sous la porte, ce que réfute le ministre Barrette (Fleury, 2017). En clair, on fait le constat que l'accès à un médecin, et plus largement celui aux SPL est toujours problématique pour bon nombre de personnes, en dépit des nombreuses réformes qui ont été mises en branle les quarante dernières années. Pour mieux comprendre cette situation, il faut peut-être chercher ailleurs que dans les seules réformes afin de comprendre ce contexte particulier.

1.2.3.2 Pénurie des médecins de famille

Le MSSS (2016a) reconnaît depuis plusieurs années la pénurie de médecins généralistes qui sévit au Québec. Cette pénurie est une épine au pied des autorités gouvernementales qui souhaite réformer les SPL (Contandriopoulos et coll., 2007). Quelles sont les causes de cette pénurie et quelles sont ses conséquences? Nous tenterons ici de répondre à ces questions.

Il faut savoir que dans les années 1980, le Québec vivait une situation tout à fait opposée à ce que l'on connaît aujourd'hui. En effet, la province était en situation de surplus d'effectifs, notamment parce que le nombre de places dans les écoles de médecine avait été augmenté drastiquement (Contandriopoulos et coll., 2007). Pour contrer cette situation et le fait que les médecins de l'époque étaient surtout concentrés dans les zones urbaines, au détriment des zones rurales, le gouvernement a mis en place deux mesures, réalisées en deux temps. Dans les années 1990 d'abord, on assista à la restriction des étudiants aux programmes de formation médicale⁵⁸. La seconde mesure est celle du programme de retraite anticipée en 1997 élaboré pour permettre au gouvernement de l'époque d'atteindre le déficit zéro. Le résultat fut le suivant : 1500 médecins quittèrent le système de santé en très peu de temps, avec les conséquences que l'on peut imaginer pour la clientèle désormais orpheline (Paré, 2013a). Devant cette catastrophe, les gouvernements successifs tentèrent de rectifier le tir, dans la mesure de leur moyen et du contexte économique difficile que vivent les pays occidentaux depuis les années 1990. Pour rajouter à la difficulté, la médecine familiale est devenue boudée par les étudiants en médecine pour plusieurs raisons, dont la rémunération moins intéressante et la charge de travail très élevée (Contandriopoulos et coll., 2007; Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013; Lacoursière, 2011). La

⁵⁸ À titre de comparaison, notons que le nombre de places total était de 589 en 1983. Il a été diminué à 481 en 1993, puis à 406 à partir de 1996 (Paré, 2013a).

planification des effectifs médicaux fut resserrée et les admissions dans les écoles de médecine rehaussées, mais l'impact des mauvaises décisions passées s'est fait ressentir longtemps. Il y a présentement 9805 médecins de famille inscrits et actifs au Québec (Collège des médecins du Québec, 2017b). Selon les plus récentes données disponibles, cela fait environ 117 médecins par 100 000 habitants, ce qui place le Québec au-dessus de la moyenne canadienne qui est de 115 (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2015). Si donc le ratio médecin/habitants est meilleur que la moyenne canadienne, qu'est-ce qui cause cette pénurie si fortement ressentie par la population et le système de santé global?

En fait la pénurie de médecins revêt deux autres facettes qui sont celles de la mal-distribution et de la mal-utilisation des effectifs médicaux (Contandriopoulos et coll., 2007). La **mal-distribution** des effectifs réfère à la concentration des médecins, encore aujourd'hui, dans les grands centres urbains. Les zones rurales ou éloignées continuent d'être moins bien desservies que les autres milieux (Gauthier et coll., 2009; Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2015; Lévesque, 2009) et ce, malgré les PREM évoqués précédemment. Le problème est encore plus insidieux qu'il n'y paraît, car même dans les zones rurales, on assiste à une distribution inégale des médecins, ces derniers préférant s'établir dans les plus grandes agglomérations plutôt que dans les petits villages isolés. Rappelons que les PREM concernent les territoires sociosanitaires des CISSS (ou

CIUSS) et non les municipalités. Ainsi, les médecins sont virtuellement libres de pratiquer où ils le désirent dans ce territoire pour 55 % de leur temps quotidien de pratique (Casavant, 2013; FMOQ, 2012b). Or, et c'est là qu'entre en jeu une seconde mesure déjà abordée, les AMP viennent « interférer » dans le processus de répartition des médecins sur un territoire (GTCS, 2013). En effet, les jeunes médecins (15 ans et moins de pratique) doivent consacrer 12h de leur temps hebdomadaire dans un établissement de santé dans un rayon de 75 km (Fédération des médecins résidents du Québec, 2017). Considérant cette obligation, les jeunes médecins préfèrent généralement s'installer près de l'établissement de santé régional pour se faciliter la tâche, ce qui veut dire, dans l'agglomération urbaine du territoire (GTCS, 2013).

La **mal-utilisation** des effectifs médicaux met pour sa part en scène différents constats qui vont dans des sens contraires. D'abord, celui du ratio médecin/habitants évoqué plus haut, plutôt positif. Le deuxième est celui qu'au Québec, 13 % des médecins se déclarent incapables de voir leur patient qui le demande dans un délai de 48 heures (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016b). Qu'est-ce qui explique cet écart? Contandriopoulos et coll. (2007) sont d'avis que ce genre de résultat est attribuable à une mauvaise organisation des SPL (accessibilité et continuité) et à la mauvaise utilisation du temps de travail des médecins. Le plus récent rapport du CSBE réalisé dans le cadre de l'Enquête mondiale du *Commonwealth health fund* est éloquent à ce sujet. Les médecins

de famille québécois consacrent en moyenne 35,3 heures à la pratique en cabinet contre 43,1 heures en Ontario (CSBE, 2016b). Il n'est évidemment pas question ici de prétendre que les médecins québécois sont plus « paresseux » que les autres, mais de toute évidence, quelque chose les empêche de pratiquer en cabinet (INSPQ & FCRSS, 2012). Les AMP, notamment, sont pointées du doigt, car elles éloignent les médecins de leur bureau en obligeant les jeunes médecins à réaliser 12h de pratique hebdomadaire dans un CH et donc, hors d'un cabinet de médecin. (CSBE, 2016b; Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013). Toutefois, les AMP ne sont pas les seuls responsables de ce manque d'accessibilité aux médecins de famille. Entre autres choses, on évoque la transformation de la pratique médicale (Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013).

1.2.3.3 Transformation de la pratique médicale

La pratique de la médecine familiale a considérablement évolué au cours des dernières décennies (Lamontagne, 2007). Le développement des connaissances scientifiques et de la technologie y est évidemment pour beaucoup. Ces progrès ont fait en sorte que les gens vivent désormais plus vieux et souvent avec une meilleure qualité de vie, mais il n'en demeure pas moins que cette amélioration à un prix pour la société québécoise, car qui dit vieillesse, dit soins de santé plus nombreux l'âge avançant

(Contandriopoulos et coll., 2007; Giroux, 2008). Lorsque l'on recoupe ces changements à d'autres facteurs comme la féminisation de la profession ou les aspirations des jeunes médecins, il n'est pas étonnant de voir les SPL influencés.

La féminisation de la profession s'est amorcée surtout à partir des années 1970. Aujourd'hui, les femmes comptent pour 46,4 % des effectifs inscrits au tableau du Collège des médecins et elles sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes dans les facultés de médecine (Collège des médecins du Québec, 2017a). Évidemment, cette croissance n'est pas sans influencer le système de santé, comme l'avaient déjà analysé Contandriopoulos et Fournier (2007). Le premier constat qu'ils font est celui que les femmes médecins travaillent généralement moins d'heure et voient 20 % moins de patients que leurs confrères masculins⁵⁹. Parmi les autres différences, on constate que les femmes travaillent surtout dans les CLSC et les unités d'hospitalisation (et moins dans les salles d'urgence ou la gestion administrative). Par contre, il ne faut pas conclure que ces différences sont néfastes pour l'accès aux SPL, car cela est compensé par une meilleure relation patient/médecin et une consultation en moyenne plus longue (environ 2 minutes de plus par patient, comparativement aux hommes) et une gestion plus facile des équipes multidisciplinaires. Elles situent également leur pratique beaucoup plus en prévention de la santé et auprès des populations défavorisées, ce qui est préoccupant pour la

⁵⁹ Les plus récentes données nous indiquent que les femmes travaillent en cabinet en moyenne 32,8 heures par semaine, contre 37,9 heures chez les hommes. Voir : Commissaire à la santé et au bien-être, 2016b

reconnaissance de leur travail puisque le système de santé actuel est surtout centré sur l'approche curative (Commissaire à la santé et au bien-être, 2016b). Au-delà de ces considérations de genres, le véritable problème réside surtout dans le fait que les instances n'ont pas su s'adapter à cette nouvelle réalité afin de profiter de l'apport des femmes pour transformer avantageusement la pratique globale. En somme, la planification des effectifs a continué pendant plusieurs années à être réalisée comme si rien n'avait changé (Contandriopoulos & Fournier, 2007). Cela a nécessairement affecté les SPL, et pas nécessairement pour les bonnes raisons.

Ce changement dans les modalités de pratique est palpable chez tous les jeunes médecins, hommes et femmes, particulièrement chez les moins de 35 ans. C'est surtout la pratique en cabinet qui a été la plus touchée. L'alourdissement de la clientèle, le volume important de prise en charge et les difficultés dans la continuité des services font partie des principaux facteurs de désaffection des jeunes médecins des cabinets (Contandriopoulos et coll., 2007). Les jeunes médecins aspirent également à une meilleure qualité de vie, pour eux et leur famille, ce qui fait en sorte qu'ils se rendent moins disponibles durant les heures défavorables (soirs et fins de semaine) que leurs confrères plus expérimentés (Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013; Lamontagne, 2007). Enfin, notons que le modèle traditionnel de pratique en cabinet est de moins en moins attirant pour les jeunes médecins formés dans

une perspective globale de la santé et de travail multidisciplinaire, éléments qui sont beaucoup plus retrouvés en milieu hospitalier qu'en cabinet (Méthot, 2010b). Si on ajoute à cela les contraintes qu'apporte un cabinet privé de médecin - loyer, gestion du personnel et de la paperasserie administrative (FMOQ, 2006; ; GTCS, 2013; ; Méthot, 2010a) et les AMP (Méthot, 2010b), on comprend un peu mieux les raisons qui font que les jeunes médecins sont moins intéressés à pratiquer dans un bureau privé.

1.2.4 Conclusion partielle

Le portrait sommaire que nous venons de faire du système de santé et de services sociaux du Québec et plus particulièrement au niveau de sa première ligne a été axé volontairement sur son problème d'accessibilité aux services. On sait maintenant que, pour une grande part, cet accès passe par les médecins de famille (MSSS, 2005), mais que selon la structure actuelle, ces praticiens, pour toutes les raisons évoquées précédemment, ne peuvent travailler suffisamment dans les SPL pour combler les besoins de la population (Contandriopoulos et coll., 2007). La formule des CSSS a pour sa part réussi, dans une certaine mesure, à améliorer la coordination des diverses ressources locales d'un territoire (RLS), mais puisque les médecins demeurent au centre de l'accès aux SPL sans être plus disponibles, les autres acteurs Réseau demeurent contraints, voire immobilisés (CSB, 2012a; Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013; Salois, 2010).

Malgré les diverses réformes, donc, le problème d'accès n'est toujours pas réglé. La société évolue, mais le système de santé, lui, peine à s'adapter ou alors persévère dans une voie de résolution de problème centrée sur l'efficacité économique ou administrative (Contandriopoulos et coll., 2007). En somme, ce à quoi nous assistons ici n'est que l'une des facettes de la crise de l'État providence (Jetté, 2008) : l'État n'a plus les moyens de composer avec le « droit à la santé » (Contandriopoulos, 2008) institué depuis la mise en place du système de santé et de services sociaux du Québec (gratuit et universel) et cherche activement à réduire son rôle et sa place (Jetté, 2008).

Que ce soit en régions rurales, éloignées ou périphériques, on constate que des SPL inadaptés sont souvent associés à la question plus large du développement des communautés (Assoumou-Ndong & Girard, 2000). Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, les SPL sont associés aux services de proximité, et donc à toutes les préoccupations reliées au bien-être et à la qualité de vie des membres d'une communauté. Or, ce sont souvent les personnes âgées, celles vivant avec des incapacités ou encore celles n'ayant pas un réseau social très développé qui sont les premières touchées par une première ligne inadéquate (Gauthier et coll., 2009) et cela, parce qu'elles sont généralement moins mobiles et capables (physiquement ou financièrement) de se déplacer pour avoir accès à des services de santé hors de leur milieu. Pour tous les

autres groupes de population, mais surtout pour les jeunes familles avec enfants, l'accès à des services de santé de proximité demeure incontournable et influence très souvent le choix du milieu de vie (Conseil de la coopération du Québec, 2006; Falcimaigne, 2012; Giroux, 2008; GTCS, 2013;). On en revient donc au constat fait plus tôt par Simard (2005) au niveau des services de proximité en santé: ils sont nécessaires à la vitalité socioéconomique d'une communauté et l'absence de ces derniers peut même aller jusqu'à compromettre la survie du milieu.

D'un autre côté, le problème de la participation des usagers dans les décisions relatives à l'organisation des soins de santé demeure entier. Cela n'aide en rien l'approche de prévention et promotion en santé réclamée à l'origine par l'OMS (1986) et qui n'est toujours pas au centre des priorités des autorités gouvernementales (CSBE, 2016a). Depuis le constat du Commissaire Rochon (1988), on a vu qu'une bonne partie de la participation en santé s'est réalisée en marge du Réseau, soit dans les organismes communautaires ou bénévoles. Aujourd'hui, nombre d'entre eux sont même reconnus partenaires « officiels » des RTS ou RLS (MSSS, 2016d). Plus petits et gérés démocratiquement, ils ont toujours tenté de répondre aux besoins exprimés par la population de façon innovante (Favreau & Larose, 2004; Jetté, 2008; Vaillancourt & Lévesque, 1996). Le mouvement coopératif, notamment, a été et demeure un acteur d'importance dans ce domaine, en offrant des services de santé de tout acabit et sous des

formes tout aussi diverses (consommateurs, producteurs, de solidarité et de travail) (Comeau & Girard, 2005; Girard, 2000; Giroux, 2008). Dans la prochaine section, nous nous intéresserons particulièrement aux coopératives de santé, les EÉS qui ont le plus fortement fait parler d'elles dans les dernières années en matière de solution alternative aux problèmes d'accès des SPL, plus spécifiquement dans les milieux éloignés.

1.3 Un nouvel acteur : les coopératives de santé

Au Canada, le mouvement coopératif dans le domaine de la prestation des services de santé est en place depuis au moins les années 1970, principalement en Saskatchewan. Il prit naissance avec la bénédiction de l'État qui, dans un contexte où la majorité des médecins de l'époque s'érigeaient en bloc contre la mise en place du régime gratuit et universel des soins de santé dans la province, décida de soutenir les populations locales prise en otage par ce conflit (Assoumou-Ndong & Girard, 2000). Dans le reste du Canada anglophone, les coopératives de santé (en soins de santé primaires ou spécialisés) sont également assez connues depuis plusieurs années (International Health Cooperative Organisation & IRECUS, 2009). Au Québec, le contexte du développement coopératif dans le domaine de la santé est différent, mais également plus récent. Il se réalisa *malgré* les politiques publiques plutôt rébarbatives à ce mode alternatif de prestation des soins de

santé⁶⁰. Les sections qui suivent traiteront donc particulièrement de ces EÉS, dans un contexte québécois de problème d'accès aux SPL, mais aussi de sensibilité pour le développement des communautés, périphériques, rurales ou éloignées du Québec.

1.3.1 Qu'est-ce qu'une coopérative de santé?

La toute première coopérative de santé du Québec (CS) a vu le jour dans les années 1940. Un médecin de l'époque, Jacques Tremblay, préoccupé par l'accès difficile de la population à des services de santé décida de mettre en place la Coopérative de santé du Québec, d'une part pour permettre aux familles d'amortir les coûts relatifs aux soins de santé et, d'autre part, pour lui se garantir une clientèle malgré les conditions économiques difficiles⁶¹. Pour plusieurs raisons qui ne seront pas ici évoquées, la CS évoluera en mutuelle d'assurance et deviendra celle que l'on connaît sous le nom de « SSQ mutuelle d'assurances-groupe » (Ouellet & Vallières, 1986). Il y a eu une autre expérience au début des années 1970, mais elle fut intégrée au CLSC du Plateau Mont-Royal en 1986 (Girard, 2006a). Il faut donc attendre 1995 pour voir naître la CS qui sera la

⁶⁰ Le fait que nous avons déjà en place un réseau assez étendu de CLSC, même fragilisé par les dernières réformes de santé, explique peut-être cette différence (Comeau & Girard, 2000).

⁶¹ Rappelons qu'à cette époque, il n'y avait pas de système de santé gratuit et universel comme aujourd'hui. Les médecins étaient responsables de trouver leur propre clientèle s'ils voulaient avoir un revenu. Aussi il arrivait fréquemment de voir un médecin vivre dans un confort relativement modeste, particulièrement si sa clientèle n'avait pas des moyens financiers très grands. Il n'était d'ailleurs pas rare de payer un médecin en denrées alimentaires, particulièrement dans les campagnes d'autrefois. Le médecin avait pour lui son éducation (sans prix pour l'époque) et le prestige rattaché à sa profession, mais pas nécessairement la rémunération d'aujourd'hui (Guérard, 1996; Guest, 1995)

précurseuse de toutes les autres CS actuelles du Québec. C'est à St-Étienne-des-Grès, un petit village de la Mauricie, qu'on vit la population locale prendre à bras le corps son problème d'accès à des services de santé de proximité et mettre sur pied cette première coopérative de santé « post-Assurance maladie » (Boivin & Fillion, 1999).

Une CS, même si elle œuvre dans le domaine particulier de la santé, n'est pas différente des autres coopératives, peu importe le secteur d'activités, c'est-à-dire que c'est une association de personnes qui, réunies volontairement, ont le désir de répondre à des besoins communs ou des aspirations. Les membres, appelés aussi coopérants, ont choisi d'avoir recours à une entreprise détenue collectivement et où le pouvoir est exercé démocratiquement. Une CS, comme nous l'avons dit, est une EÉS, ainsi elle répond aux mêmes valeurs que celles énumérées précédemment (Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, 2012). En tant que coopérative, elle répond à sept principes supplémentaires, soient l'adhésion libre et volontaire pour tous, le pouvoir démocratique exercé par les membres, la participation économique équitable des membres, l'autonomie et l'indépendance, l'éducation et la formation aux membres et à la collectivité, la coopération et l'entraide entre coopérative et enfin, l'engagement envers la communauté (Alliance coopérative internationale, 2010). Gardant en tête tous ces principes et valeurs, on définit une CS comme:

« [...] une clinique dont la gestion administrative est collective. La clinique coopérative compte principalement pour membres des citoyens. Ces derniers définissent et gèrent les services et les investissements de la clinique en fonction de leurs besoins. Cette gestion démocratique assure l'arrimage entre les besoins locaux et les services offerts. » (Conseil québécois de la coopération et de la mutualité & Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, 2010, p. 2)

Les CS sont donc l'équivalent d'un cabinet de médecin de famille ou d'un GMF, à ceci près que la gestion de l'organisation est collective. Spécifions que les médecins qui œuvrent au sein des CS sont toujours rémunérés par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il ne s'agit donc pas de clinique privée « payante » (Brassard, 2008) comme celles ayant défrayé la chronique durant l'année 2010 (M. Girard, 2010; Lacoursière, 2010). De plus, plusieurs de ces CS offrent d'autres services de santé tels la physiothérapie, la nutrition, le travail social, la psychologie, des services de prélèvement, etc. (Brassard & Darou, 2012). Certains de ces services sont couverts par le Régime d'Assurances-maladie, mais les autres servent à financer les activités des CS. Ce dernier point est d'ailleurs un enjeu majeur du développement des CS qui sera abordé plus loin.

1.3.2 Portrait des coopératives de santé actuelles

Signalons dès à présent qu'il est difficile de faire un portrait global de toutes les CS actuelles, en dehors de quelques données relatives à la forme et à la composition de ces

entreprises et que l'on peut retrouver aisément sur les sites gouvernementaux. Profondément enracinée dans leur milieu et de fait, répondant aux besoins spécifiques de leur communauté (CCQ, 2006; Girard, 2005b; Giroux, 2008), il faudrait pouvoir les étudier une à une afin d'avoir un portrait réellement exhaustif. À notre connaissance, cela n'a pas encore été fait, même si certains chercheurs s'en sont beaucoup approchés (Brassard & Darou, 2012; Brassard, Leblanc, & Étienne, 2009). Malgré tout, il est possible de présenter certaines données pertinentes à notre étude.

1.3.2.1 Nombre, répartition et formes de constitution

Si la première CS « post-assurance maladie » est apparue au milieu des années 1990, il faut attendre la deuxième moitié des années 2000, pour voir apparaître la majorité des CS actuelles (Brassard, Leblanc & Étienne, 2009). Selon le Répertoire des coopératives du ministère de l'Économie, des sciences et de l'innovation (MESI, 2013), il existe actuellement 139 coopératives qui œuvrent dans le grand secteur de la santé et de services sociaux. De ce nombre, 62 coopératives correspondraient à la définition que nous avons donnée plus haut, soit une clinique médicale. Selon le Portail santé mieux-être, 20 coopératives seraient actuellement en activité (MSSS, 2017c)⁶². Depuis 2008,

⁶² Nous invitons les lecteurs à considérer ce chiffre avec prudence, car en 2013, il était de 37. Pourtant, depuis cette période nous avons assisté à une croissance du nombre total de coopérative (de 53 en 2013 à

une grande partie des CS existantes se sont regroupés en fédération, soit la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ). Cette association facilite le développement de nouvelles coopératives, puisqu'un cadre de référence a été élaboré par l'organisation. De plus, la FCSDSQ coordonne les demandes et représentations au gouvernement. À ce sujet, l'une des avancées les plus importantes est certainement la reconnaissance des CS par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), ce qui facilite la complémentarité des services entre elles et les établissements publics (Girard, 2011)⁶³.

La majorité des CS sont situées dans les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec, des Laurentides, de la Montérégie, de Chaudière-Appalaches et de l'Outaouais, c'est-à-dire dans des régions où le ratio médecin/habitants est le plus faible. À l'heure actuelle, il n'existe pas de CS dans les régions de la Côte-Nord et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (FCSDSQ, 2012). Également, la très grande majorité des 62 CS existantes seraient de type « solidarité » (MESI, 2013) c'est-à-dire que la gestion et les décisions concernant des CS

62 en 2017). Rien, dans la revue de littérature effectuée récemment ne nous laisse croire à une fermeture massive de CS durant cette période. Voir : Régie de l'Assurance maladie du Québec (2013)

⁶³ Ce fait est probablement moins vrai aujourd'hui. D'abord, comme autre impact de la LRMSSS, les activités de l'AQESSS ont cessé. Quant à la position du ministre Barrette par rapport aux CS, elle est pour le moins ambiguë. Son intervention initiale dans le dossier de la clinique SABSA (coopérative de santé composée uniquement d'infirmières praticiennes) laisse croire que toute initiative du genre, mais sans médecin ne sera pas tolérée. À l'inverse, les interventions ponctuelles du ministre dans certains dossiers particuliers de communauté sans médecin de famille plaident plutôt en leur faveur, tant que ces dernières aient l'accréditation GMF. Chose certaine, le principe d'autonomie de gestion des CS ne semble pas faire partie des priorités d'action du ministre de la Santé actuel (Chassin & Moreau, 2016)

sont prises conjointement entre les membres travailleurs, les membres utilisateurs ou les membres de soutien⁶⁴ (Chagnon, 2004). Il est également intéressant de noter que certaines de ces CS sont aussi des GMF. Selon le Portail Santé mieux-être du MSSS (2017c), huit coopératives de santé auraient acquis ce statut. Enfin, un rapport de la RAMQ datant de 2013 indique qu'environ 180 médecins pratiqueraient dans les coopératives en activité, le plus souvent à temps partiel.

On notera enfin que les raisons qui ont poussé les communautés à mettre sur pied leur coopérative de santé relèvent toutes, selon une étude de Brassard et Darou⁶⁵ (2012), du problème global d'accès à des services de santé de proximité. Selon les cas observés, les motivations sont conduites par l'absence de services de santé (services jamais présents ou aujourd'hui disparus), au manque de relève médicale qui met en péril les services présents et futurs ou au désir des médecins de changer leur pratique en se concentrant sur la médecine et non sur l'administration d'une clinique. Les motivations évoquées ici n'ont guère changé des études antérieures (Brassard et coll., 2009; Garon, 1997; Girard, 2005b; Giroux, 2008) si ce n'est que le milieu (et les enjeux) dans lequel se sont

⁶⁴ Les coopératives de solidarité sont nées après l'amendement de la Loi sur les coopératives (LRQ C-67.2), une première fois en 1996 puis en 2005. Elles permettent le sociétariat multiple (utilisateur, travailleur, soutien). Pour prétendre au titre de « solidarité », au moins deux types de membres doivent être présents dans la coopérative. Par contre, les membres ne peuvent cumuler plus d'un statut à la fois (Chagnon, 2004).

⁶⁵ C'est ici que nous quittons les données disponibles pour l'ensemble des CS du Québec. L'Étude de Brassard et Darou (2012) a étudié 35 coopératives sur 53 et de ce nombre, certaines n'existent plus aujourd'hui alors que d'autres ont nouvellement ouvert leurs portes. Malgré tout, cette étude demeure la plus récente et la plus poussée en la matière.

développées les coopératives plus récentes tend à se modifier. En effet, les premières CS semblent s'être constituées pour la plupart dans des municipalités rurales ou éloignées alors qu'aujourd'hui, nombre d'entre elles s'implantent en périphérie des centres urbains (Brassard & Darou, 2012).

1.3.2.2 Les difficultés et enjeux rencontrés par les coopératives de santé

Le désir et la motivation peuvent être présents, cela n'empêche pas les porteurs de projet de rencontrer plusieurs difficultés et enjeux dans la mise en place et l'opérationnalisation de leur CS. Si les choses ont évolué depuis 1996, il n'en demeure pas moins que les CS continuent de se buter sur plusieurs difficultés qui sont liées à leur financement, au recrutement des médecins, du maintien de l'effectif et de leurs relations avec le Réseau public.

La difficulté du **financement** est, assez étonnamment, moins importante en début de parcours qu'une fois lancées les opérations de la CS. Il est vrai que ces projets peuvent être assez dispendieux, entre 50 000 \$ à 250 000\$ pour la moitié des 35 coopératives étudiées par Brassard et Darou (2012), mais la relative facilité d'avoir accès à des fonds de démarrage auprès des MRC, des Caisses populaires, des [défunts] CLD ou de donateurs privés fait en sorte que cette difficulté est généralement assez facilement – nous pesons

nos mots ici - contournée. Le véritable enjeu commence après le démarrage, soit plus ou moins deux ans (Brassard & Darou, 2012; Brassard et coll., 2009; Girard, 2005a; Girard & Langlois, 2004) lorsque les fonds se sont épuisés et que les bailleurs veulent voir des résultats concrets. Il faut bien comprendre que les coopératives de santé, aussi innovantes soient-elles, doivent se conformer à la Loi canadienne sur la santé et la LSSSS. Entre autre chose, le système de santé est gratuit et universel, ainsi aucun frais supplémentaire ne peut-être facturé pour des services déjà assurés. Comme la population qui met en place une CS désire généralement avoir accès à un médecin (Gélinas, 2007a; Girard, 2005b) et que tous les médecins qui œuvrent actuellement dans les CS du Québec facturent à la RAMQ (GTCS, 2013), on voit assez facilement la difficulté pour une CS de charger des frais sur cet aspect et cela, sans compter l'aspect inéquitable pour les personnes moins favorisées. En plus des parts (sociales, privilégiées, participantes), les CS pensaient pouvoir contourner leur difficulté de financement en demandant une cotisation annuelle à leurs membres. Elles se sont fait vertement rabrouer par la RAMQ. D'une part, cette contribution doit être volontaire et d'autre part, acquittée ou non, elle ne peut en aucun cas moduler l'accès à un médecin de famille (GTCS, 2013; Hébert, 2010; Plante, 2012). La solution trouvée par la plupart des CS, et fortement encouragée par la FCSDSQ (2009) est de développer les services complémentaires en santé (non assurés par la RAMQ) comme ceux énumérés précédemment (physiothérapie, nutrition, prélèvements, etc.) ou alors, de façon plus large, des programmes de promotion ou prévention en santé.

Le **recrutement des médecins** est une autre difficulté majeure rencontrée par les CS en début d'activité et souvent aussi, la principale cause d'échec des projets (Girard, 2005a). Il faut à nouveau souligner que la mise en place d'une coopérative est motivée par le désir d'avoir accès à un médecin de famille. Dans le cas où les démarches demeurent vaines, cela affecte négativement la mobilisation et l'effectif de la coopérative et souvent, la survie même de l'organisation (Girard & Langlois, 2004; Rompré, 2004). Or, ce recrutement est évidemment tributaire du contexte de pénurie de médecins préalablement abordé. Le nombre de médecins demeurant toujours limité, les porteurs de projet doivent parfois entrer dans une surenchère afin de réussir à attirer un médecin⁶⁶ (GTCS, 2013) : loyer gratuit ou à moindre coût, frais administratif pris en charge en tout ou en partie, accès privilégié au crédit à la Caisse populaire locale (Hébert & Prémont, 2010) et cela, tout en percevant le montant supplémentaire offert par la RAMQ pour la pratique hors établissement (CMQ, 2013). Cela a donné lieu à des situations pour le moins déplorables où le problème d'accès à un médecin de famille a simplement été « déplacé » d'une municipalité à une autre parce l'une d'entre elles a décidé de mettre sur pied sa propre CS, attirant ainsi l'ensemble des ressources médicales d'un territoire (Collectif des maires de la MRC de Nicolet-Yamaska, 2008; Girard & Langlois, 2004; Veillette, 2012). Il faut savoir que certains de ces avantages ont été jugés discutables sur le plan

⁶⁶ À titre d'exemple, notons qu'un jeune médecin sur le point de débiter sa carrière reçoit, selon Girard et Langlois (2004) une vingtaine de sollicitations par semaine. Il faut donc des offres très alléchantes pour parvenir à attirer l'attention d'un candidat

déontologique, car ils ne seraient pas tolérés dans d'autres contextes. Par contre, il n'y a pas de consensus clair qui semble s'être arrêté à ce sujet et cela est laissé à la discrétion des praticiens (CMQ, 2013; ; GTCS, 2013; ; RAMQ, 2011).

La mobilisation de la population et le maintien de l'**effectif** sont d'autres enjeux importants pour les CS. La mobilisation du départ est évidemment cruciale, car elle permet de distinguer ce projet d'un autre à caractère moins collectif. Elle donne du poids au projet, une légitimité dans le milieu (Brassard et coll., 2009; Chantier de l'économie sociale, 2008; Girard & Langlois, 2004), en plus de fournir un capital de départ par la vente de parts sociales (Girard, 2005a). Or, même si la mobilisation du départ est jugée excellente, elle peut s'effriter rapidement si, par exemple, aucun médecin ne s'est joint au projet (Giroux, 2008; Hébert & Prémont, 2010). Également, considérant le contexte légal du système de santé, les CS ne peuvent en aucun cas exiger que les gens soient membres pour consulter un médecin de la clinique. Aussi, certaines personnes, pour toutes sortes de raisons, décideront de ne pas devenir membres tout en utilisant les services offerts dans la CS (RAMQ, 2013; Rioux-Soucy, 2011). Le cas des cotisations annuelles, comme nous l'avons vu précédemment, va dans le même sens. Bref, les CS, comme toutes les autres coopératives d'ailleurs, doivent rivaliser d'imagination pour mobiliser et maintenir un bassin de membres suffisant pour assurer les activités de la coopérative. Dans le cas

des CS, on fera appel aux valeurs de solidarité et d'implication sociale dans le développement de la communauté (Girard, 2005a, 2006a).

Finalement, des **relations difficiles avec le Réseau public** de la santé peuvent nuire au développement des CS. On notera toutefois qu'avec la multiplication de ces dernières, les relations entre les deux parties se sont intensifiées et améliorées dans la plupart des cas (GTCS, 2013). En fait, de l'enjeu initial de la reconnaissance qui était crucial dans les débuts du mouvement (Boivin & Fillion, 1999; Girard & Langlois, 2004; Giroux, 2008), on serait rendu aujourd'hui à celui de la complémentarité. Les CS doivent être actives au niveau des représentations auprès des Agences de santé régionales, des DRMG et des CISSS (ou CIUSSS) afin de mieux arrimer les services offerts à ceux déjà existants dans les RTS (AQESSS, 2010, 2013; ; Brassard & Darou, 2012; FCSDSQ, 2009; ; GTCS, 2013). L'idée est de ne pas dédoubler les services ou de travailler en « silo », pratique qui a miné pendant plusieurs années le système de santé et dont on a encore de la difficulté à se départir dans certains secteurs (Fleury & coll., 2007). Cela peut être difficile à vivre pour les CS, car l'un des principes fondateurs de l'ÉS que de demeurer autonome face à l'État, mais c'est hélas un dilemme qui est vécu par presque toutes les EÉS depuis fort longtemps (Favreau, 2008; Favreau & Lévesque, 1997; Jetté et coll., 2000) et qui a parfois porté flanc à la critique (D'amours, 2000). Toujours est-il que du côté du réseau public, la vision du rôle des CS est sans équivoque : pour être complémentaires, les CS doivent devenir des

partenaires du RTS, donc signer des ententes avec les CISSS (AQESSS, 2013; GTCS, 2013).

Reste à savoir comment les CS se positionneront face à cette « invitation ».

1.3.3 Conclusion partielle

Le phénomène des coopératives de santé est relativement récent. À peine deux décennies, qui ont pourtant été plutôt mouvementées. Si la première CS a été vue comme un « accident de parcours », leur multiplication au courant des années 2000 a forcé les autorités sociosanitaires à prendre acte de ce phénomène et tenter de composer avec lui (Girard, 2011). Il faut dire que les CS partent de loin. Les porteurs de projet de la coopérative de St-Étienne-des-Grès se sont fait dire au départ par les fonctionnaires de l'État : « Non, ce n'est pas écrit dans la réglementation, ça ne s'est jamais vu, ça ne peut donc pas se faire. C'est impossible » (Boivin & Fillion, 1999, p. 5). Pourtant avec l'audace qui caractérise ceux qui croient à leur projet, ils ont persévéré. Leur communauté s'est dotée des services que ni l'État ni le secteur privé ne pouvaient fournir et au surplus, les démarches et la gestion subséquente ont été réalisées collectivement.

On est ici dans un cas typique de projet de développement local où la question des services de proximité, dans une optique d'amélioration du milieu de vie, a été au centre des préoccupations des acteurs (Joyal, 2002; Klein & Champagne, 2011). En se prenant en

main, la communauté a pu reprendre son développement jusque-là compromis par le manque de services de santé (Boivin & Fillion, 1999). Certains auteurs iront plus loin en disant que la population de St-Étienne des Grès, comme celles des autres communautés qui l'imiteront plus tard, ont pu (re)prendre un contrôle sur leur santé par le biais d'une offre de services de santé créée et gérée à leur mesure (CCQ, 2006; CQCM, 2006; Gélinas, 2007b; Girard, 2007; GTCS, 2013). Dans certains cas, c'est le terme « *empowerment* » qui est utilisé pour parler de ces projets, car le résultat va au-delà du simple accès à un service; c'est une prise de pouvoir individuelle et collective, une opportunité de décider selon les besoins de la communauté (Girard, 2006a, 2006b; Girard & Lamothe, 2004; Restakis & Lindquist, 2001). Il n'est pas étonnant de voir apparaître ce terme, car il a été utilisé plusieurs fois et dans de nombreux autres contextes, pour parler de projet de développement local de tout genre (Bacqué, 2006; Favreau & Larose, 2004; Friedman, 1992; Klein, 2006; Levy, 2012). Afin de bien comprendre comment un projet de développement local – ici les coopératives de santé - peut mener à l'*empowerment* de la communauté, il est nécessaire de s'attarder un peu plus en détail à l'origine du concept, ses nombreuses définitions et dimensions.

1.4 L'empowerment et le développement local

La plupart des auteurs ne s'entendent pas sur l'origine du concept *d'empowerment*⁶⁷ et le contexte d'apparition (Racine, 2010). Le problème découle grandement du fait qu'il s'est disséminé rapidement dans plusieurs champs d'études, particulièrement dans les sciences d'intervention auprès des individus et des communautés (travail social, psychologie, développement international, santé publique), mais également dans d'autres disciplines des sciences humaines comme la sociologie, la géographie et les sciences régionales, pour ne nommer que celles-ci (Bacqué, 2006; Benazera, 2005; Friedman, 1992; Ibrahim & Alkire, 2007; Klein, 2006; Le Bossé, 2003; Mendell, 2005; Ninacs, 2008; Perkins & Zimmerman, 1995).

Pourtant, le verbe « empowering » existe depuis bien longtemps. En effet, dans les dictionnaires de langue anglaise du 17^e siècle, il signifiait alors « investir de pouvoir ou d'autorité de manière formelle ou informelle » [notre traduction] (James, 1999, p. 14). Ce n'est que vers le début des années 1980 qu'il a pris le sens qu'on lui connaît

⁶⁷ Certains chercheurs d'expression française préfèrent utiliser les termes francisés comme appropriation du pouvoir (Blanchet, 2001), autonomisation (ONU, 2010), capacitation (Moualart & Nussbaumer, 2008), ou encore, développement du pouvoir d'agir (Racine, 2010). Dans un souci de concision, de considérer un maximum d'interprétations possibles, mais aussi de cohérence avec les principaux auteurs qui nous ont inspiré le présent cadre théorique et conceptuel, c'est le terme originel « empowerment » qui sera le plus souvent utilisé.

aujourd'hui. Avec la multitude de disciplines qui utilisent ce terme, chacune avec ses valeurs, intérêts et idéologies, il demeure un terme polysémique - certains diront opaque - et de fait, assez périlleux à utiliser (Bacqué & Biewner, 2013; James, 1999).

C'est probablement pourquoi on a vu récemment apparaître d'autres termes censés remplacer le terme *empowerment*. Nous pensons notamment à « auto-prise en charge » (Labat, 2017), courant dans les sciences de la santé et qui vise à redonner du pouvoir à des patients sur leur santé et bien-être. Il y a aussi le terme « encapacitation » (Stecq, 2014), que l'on voit parfois dans les sciences régionales et qui fait référence au développement endogène. Aussi, il y a le terme « agencéité », mieux connu sous sa forme anglaise d'*agency* (Giddens, 1984) et qui parle de capacité d'action des individus. Enfin, nous avons relevé le terme de « capital socioterritorial » (Klein, 2008) qui touche cette fois le capital social ancré à l'échelle locale et qui permet à un milieu de se développer. Pour notre part, nous estimons que ces termes pris séparément ne couvrent pas complètement le processus qui nous intéresse et ne peuvent donc pas être utilisés comme des synonymes de l'*empowerment*. Comme nous le verrons plus loin, ils font plutôt partie de l'une ou l'autre de ses dimensions. Ainsi donc, dans cette thèse, nous utiliserons principalement le mot originel *empowerment* et sa variante française la plus communément utilisée, soit le « développement du pouvoir d'agir » (Portal, 2016).

1.4.1 Petit arrêt sur le concept de pouvoir

Au cœur de *l'empowerment*, se trouve la notion de pouvoir, elle aussi au moins aussi débattue dans l'arène de la sociologie que le concept de communauté que nous avons vu précédemment. Bien que cette thèse ne cherche pas à définir la nature profonde du pouvoir, il faut bien convenir que de mieux comprendre ses différentes formes fait partie des enjeux reliés au concept d'*empowerment* (Bacqué & Biewner, 2013). Or, le concept de pouvoir a été utilisé, analysé, classé et délimité par de si nombreux auteurs qu'il est aujourd'hui particulièrement « querelleur et instable » [notre traduction] (Poggi, 2006, p. 464). Cela dit, on considère généralement que le pouvoir est une capacité individuelle ou collective de « contrôler les termes d'une relation d'échange afin qu'elle lui soit favorable » (Rui, 2011, p. 85). Cette définition, très générale, a été influencée par l'apport de nombreux auteurs que nous soulignerons très brièvement ici.

Commençons par Weber (1971). Sa définition est probablement celle qui est le plus communément utilisée. Cet auteur considère le pouvoir comme une habileté individuelle permettant d'exercer un contrôle sur les autres, sur les ressources ou même sur les événements. Particulièrement utile dans les relations de conflits, le pouvoir permet d'agir malgré les difficultés, l'opposition ou les résistances rencontrées. On peut aussi mentionner le point de vue marxiste qui ne fait pas du pouvoir une habileté individuelle.

Au contraire, les marxistes considèrent que dans le système capitaliste, le pouvoir permet la domination (économique, politique ou idéologique) d'une classe sociale (l'élite économique) sur les autres (Jessop, 2012). Un peu dans cette même lignée, Lukes (2005) identifie trois dimensions du pouvoir : 1) le pouvoir d'imposer sa décision, 2) le pouvoir d'éviter d'aborder certains sujets qui ne sont pas à notre avantage et 3) le pouvoir de manipuler les gens de manière à leur faire faire des choses contraires à leur propre intérêt. À l'opposé, on peut souligner l'apport de Parsons (1951) qui ne voit pas le pouvoir comme une relation de domination. Pour sa part, il estime que le pouvoir est un moyen qui permet d'atteindre des objectifs, au même titre que l'argent ou l'influence pourraient le faire. On terminera par Foucault (1976) qui voit le pouvoir comme le produit des relations inégalitaire entre les individus. Le pouvoir est présent partout et il se dissémine par le discours (comment on parle de quelque chose) et non par les structures (p.ex. : gouvernement). De cette manière, il participe aux différents rapports de force que l'on peut observer dans la vie de tous les jours.

On retiendra de ces différents auteurs deux choses : d'abord, les points de vue tombent généralement quelque part entre une vision du pouvoir pluraliste (tout le monde peut avoir du pouvoir) ou élitiste (une minorité dirigeante détient le pouvoir). Deuxième chose, peu importe l'approche utilisée, parler de pouvoir c'est aussi parler de résistance et

de contre-pouvoir (Rui, 2011). Ce dernier aspect est d'ailleurs intimement relié au concept qui nous intéresse plus particulièrement : *l'empowerment*.

1.4.2 *L'empowerment : de l'exclusion au développement local*

Nos lectures sur l'empowerment nous ont d'abord poussées vers Paolo Freire et son ouvrage phare intitulé « Pédagogie des opprimés » paru au début des années 1970. C'est la première apparition du concept comme on le conçoit aujourd'hui (Bebbington, 2001; Campbell & Jovchelovitch, 2000; Christens & Speer, 2006; Coudel, Tonneau, & Reyvalette, 2011). Il proposait alors une méthode d'éducation informelle auprès des adultes qui permettait aux paysans et travailleurs de réaliser leur condition d'opprimés du système capitaliste et ainsi, de prendre conscience des différentes possibilités de reprendre un pouvoir sur leur vie (African Rights, 1995). C'est un discours qui sera régulièrement utilisé par les auteurs et activistes de gauche de la décennie 70 pour parler du Tiers-monde et de la nécessité pour les populations locales de prendre un contrôle sur leur force de travail et les ressources (naturelles ou humaines) de leur communauté, profitant jusqu'ici presque exclusivement aux grandes multinationales (Wright, 1994). Vu ainsi, le concept d'*empowerment* s'interprète donc comme la capacité de reprendre et d'exercer un contrôle sur les ressources (Cheater, 1999; Ibrahim & Alkire, 2007). Les féministes de la deuxième vague aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne

s'approprièrent également le terme et, avec l'apport des post-structuralistes comme Foucault (1976), elles sortirent le concept de sa vision axée sur la domination (pouvoir sur) pour l'étendre à d'autres plus universels comme les compétences (pouvoir de), le savoir-être (pouvoir intérieur) ou encore la collaboration (pouvoir avec) (Bacqué & Biewner, 2013; Rowlands, 1997). Le terme a été repris par les intervenants sociaux et les psychologues communautaires dans le courant des années 1990 qui travaillaient avec les populations défavorisées, exclues ou vivant à la marge (Racine, 2010), on a voulu leur donner une chance d'acquérir ce qu'il n'avait pas alors : une existence reconnue par le reste de la société. En ce sens, le terme a évolué vers une définition beaucoup plus portée sur le droit et la capacité d'agir et ultimement, de choisir (Cheater, 1999).

Les deux notions ne sont pas mutuellement exclusives, loin de là et nous rapproche de la notion préalablement nommé d'agencité (*agency*) de Giddens (1984), également largement utilisée par l'économiste Amartya Sen (2001) et qui consiste en la capacité d'un individu d'agir de façon indépendante dans l'exercice d'un choix. Cela est d'autant plus vrai dans le cas des populations en situation de pauvreté ou d'inégalité, si bien que le concept d'*agency* est fortement associé à des interventions visant les minorités ethniques (p.ex. afro-américains, latino-américains), les femmes et les populations défavorisées des pays émergents (Hustedde & Ganowicz, 2013; Ibrahim & Alkire, 2007). En ce sens, il doit être vu comme une composante inhérente de l'*empowerment* individuel, mais compris

ainsi, il n'est pas applicable à la communauté puisque ce sont les individus qui choisissent et agissent. Cette précision nous amène à faire un constat important sur le concept d'*empowerment*. Dans la plupart des cas, ce ne sont pas les communautés qui ont été visées par ces interventions, mais bien les individus. En effet, et cela est particulièrement visible dans la littérature anglo-saxonne, c'est surtout l'*empowerment* individuel qui a été mis de l'avant⁶⁸ (Ramon, 1999).

Puis, avec l'effondrement de l'État-providence, ses politiques de soutien et de redistribution des richesses ainsi que la remise en question de son monopole dans les différentes sphères de la société civile, les communautés sont redevenues à l'ordre du jour puisqu'elles ont souvent été identifiées comme les institutions intermédiaires par excellence pour implanter des politiques publiques visant la pauvreté et le sous-développement (Juvé, 2006; Ross, 1987) ou comme arène principale des mouvements sociaux et de l'action collective (Mendell, 2006). C'est ainsi que pour renforcer les communautés dans ce nouveau contexte économique mondial, on a commencé à parler concrètement d'*empowerment* des communautés (Bacqué, 2006).

⁶⁸ L'exception notable à ce constat est probablement les initiatives de luttes pour les droits des noirs américains dans les années 1970. Barbara Solomon notamment, a été particulièrement active dans cette lutte pour l'*empowerment* de la communauté noire « opprimée » (Ramon, 1999)

Même si le terme courait déjà depuis plusieurs années chez des spécialistes du développement désabusés par la course à la croissance infinie (Ross, 1987), c'est probablement Friedman (1992) qui a été le plus influent sur le sujet pour parler de *l'empowerment* comme d'un développement alternatif. Selon cet auteur, le système économique actuel crée et entretient des inégalités de pouvoir social (celui de la société civile) et cela fait en sorte, entre autres choses, que les pauvres demeurent pauvres. Puisque ce déficit se réalise au niveau local, les actions visant la réappropriation du pouvoir doivent également se réaliser à cette échelle, là où la mobilisation, la participation et la prise de décision sont plus faciles à réaliser qu'à d'autres niveaux. Pour Friedman (1992), *l'empowerment* consiste à mettre l'accent sur la prise de décision autonome des communautés, l'autosuffisance (et non l'autarcie), la démocratie participative et le développement des compétences individuelles et collectives.

Dans les grandes lignes, cette façon de concevoir *l'empowerment* des communautés a été reprise par de nombreux spécialistes du développement local. S'installent alors deux grandes visions du processus. D'abord, celle de la capacitation du milieu, très influencée par une vision pluraliste du pouvoir. À l'échelle des communautés, on considère que le pouvoir est une ressource courante, mais disséminée un peu partout dans les organisations ou groupes d'intérêts. L'incapacité d'un milieu à exercer son pouvoir provient du fait que les acteurs sont incapables de se coordonner pour décider et

atteindre des objectifs sur le long terme. L'autre vision considère plutôt que le pouvoir se distribue de manière verticale (vision élitiste du pouvoir). C'est donc dire que les démarches d'*empowerment* sont généralement axées sur l'établissement de ponts vers les plus hautes marches de la hiérarchie – si ce n'est de remplacer les têtes dirigeantes, tout simplement (Brennan & Israel, 2013).

Plus spécifiquement, on parle de solution de rechange au courant dominant et capacité d'influencer les décisions (Friedman, 1992; Juvé, 2006; Mendell, 2006; Racine, 2010; Ross, 1987). On fait aussi référence à une plus grande maîtrise sur les ressources de la communauté, tout comme dans le cas de Freire, c'est-à-dire de la capacité d'en disposer ou de les partager (Brennan & Israel, 2013; Louis Favreau & Lévesque, 1999; Klein & Champagne, 2011; Lee, 2011; Levy, 2012; Ninacs, 2008). Ainsi, pour certains d'entre eux, une communauté qui a su mener un projet de développement local à terme est généralement considérée comme une communauté en situation de pouvoir – *empowered* - (Friedman, 1992; Klein, 2006; Ross, 1987). Notons que pour la plupart des auteurs cités précédemment, l'*empowerment* de la communauté se passe simultanément (ou en phase) avec l'*empowerment* individuel, en ce sens que ce sont les personnes qui développent un sentiment de compétence et de confiance, qui se mobilisent et qui finalement, agissent ensemble.

Parallèlement au déploiement des études dans le domaine du développement local, on a vu les chercheurs et décideurs du domaine sociosanitaire s'intéresser de plus en plus près au concept d'*empowerment*, notamment après la ratification de la Charte d'Ottawa (Hyppolite, 2009). L'utilisation du terme s'est accentuée lorsque l'on a réalisé que la perception de contrôle sur sa vie était un indicateur important et incontournable de la santé (Augoyard & Renaud, 1998). L'approche d'*empowerment* a été particulièrement favorisée auprès des personnes vivant en situation de pauvreté et d'exclusion, car comme il a été souligné précédemment, ce sont souvent ces personnes qui se retrouvent avec le moins de contrôle sur leur vie et qui sont les plus susceptibles d'être en moins bon état de santé (Billings, 2000).

Ce contrôle peut être de tout ordre, mais en santé publique, il se réalise à travers la participation (Mohamad et coll., 2012). C'est ainsi que les décisions personnelles quotidiennes ou celles prises dans le cadre d'une participation publique ou citoyenne sont sensés permettre un meilleur arrimage des services aux besoins réels⁶⁹. Assez rapidement, les programmes de santé publique visant l'*empowerment* ont investi les communautés, car il a été admis que les choix des comportements en santé sont dépendants des caractéristiques du milieu de vie et des ressources qui y sont disponibles

⁶⁹ Comprendre ici que des services qui sont inadaptés, mais qui sont les seuls existants, laissent une perception souvent négative aux utilisateurs. Ces derniers ont le sentiment de ne pas avoir eu « le choix », sont moins satisfaits et donc, ont une perception de manque de contrôle sur leur vie (Augoyard & Renaud, 1998)

(Shankand et coll., 2009). Pour certains, l'avènement du concept d'*empowerment* dans le domaine de la santé notamment par le biais de la Charte d'Ottawa⁷⁰ (OMS, 1986) a permis de faire un saut qualitatif substantiel entre santé publique et santé communautaire, c'est-à-dire d'avoir une « approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes » (Goudet, 2009, p. 60). L'outil par excellence pour y parvenir est la promotion de la santé, car elle est celle qui confère le plus de pouvoir sur sa vie (Augoyard & Renaud, 1998; Laverack, 2004; Shankand et coll., 2009). Notons cependant que le concept d'*empowerment* en santé publique a côtoyé d'autres notions comme le renforcement des capacités (ou capacitation) ou celui du capital social (Mohamad et coll., 2012; Traverso-Yeppez, Maddalena, Bavington, & Donovan, 2012). À défaut d'avoir une définition claire de toutes ces notions, on remarque à tous le moins qu'elles s'entendent sur certains éléments soient l'importance des ressources (individuelles, organisationnelle ou collectives), des liens entre les acteurs, du leadership et des dispositifs de participation (Chaskin, 1997).

Le parcours du concept d'*empowerment* n'a pas été calme ces dernières décennies. Le tour d'horizon que nous venons de faire ne rend d'ailleurs pas justice à son péril le plus grand, celui de sa récupération par les politiques néolibérales qui ont intégré ce concept

⁷⁰ Au travers de la Charte d'Ottawa, on cherche à redonner aux individus un plus grand pouvoir sur leur santé. Les notions de prévention et de promotion en santé sont aussi mis de l'avant, ce qui revient à parler d'environnement favorable afin de favoriser le bien-être et la qualité de vie des individus (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

dans leur vocabulaire afin de le réduire à une simple quête individuelle de liberté de choix, d'entrepreneuriat et de reconnaissance des droits (de consommer ?). Alors que le début des années 1970 était propice à la remise en question des causes structurelles de l'exclusion (fin des trente glorieuses, remise en question de l'État-providence, consensus de Washington, préoccupations environnementales, etc.), les années qui ont suivies ont vu l'*empowerment* être attelé à la locomotive du développement (Bacqué & Biewner, 2013). Le rationnel était simple : la fête était maintenant terminée et il fallait désormais faire preuve de sagesse et d'autonomie (Jouvé, 2006).

1.4.3 *Empowerment et disempowerment communautaire*

Peu de chercheurs sont parvenus à décrire et conceptualiser l'*empowerment* des communautés comme l'a fait Ninacs (2008). Certes, d'autres auteurs tels Friedman (1992), Klein et ses collaborateurs (2006; 2011) ou Mendell (2006) ont élaboré leur propre définition de l'*empowerment*, assez semblables au demeurant, mais aucune n'est aussi poussée et complète que celle de Ninacs (2008), particulièrement en ce qui concerne le processus. Pour cette raison, c'est la définition de cet auteur qui sera utilisée dans le cadre de la thèse.

Précisons d'abord que l'auteur parle d'*empowerment* communautaire et non pas collectif (ou de la communauté), car à son avis, il est peu probable qu'une communauté soit suffisamment homogène pour être capable de développer son propre *empowerment*, à l'instar des individus. Cette communauté, en tant qu'entité unique, ne peut agir⁷¹, ce sont ses membres qui le font au nom du plus grand nombre et probablement jamais à l'unanimité. C'est pourquoi l'auteur préfère parler d'*empowerment* communautaire, c'est-à-dire un ensemble de facteurs collectifs structurants qui permettent aux individus de développer leur propre *empowerment*⁷². À cet effet, Ninacs (2008) a élaboré la définition suivante, soit « un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres » (p. 39).

Or, et c'est le point de départ des travaux de l'auteur, pour qu'une communauté entame un processus d'*empowerment*, elle doit vivre, au préalable, un état de *disempowerment*. Malheureusement, Ninacs (2008) n'est pas aussi prolixe sur le

⁷¹ On serait presque tentée ici de reposer la fameuse question soulevée par Tilly (1973) : est-ce que les communautés agissent ? Rappelons que pour cet auteur, la réponse était « oui » pour certaines d'entre elles en tous cas, mais sous certaines conditions. L'une de ces conditions concerne le pouvoir, c'est-à-dire la capacité d'influencer les autres.

⁷² Cette distinction est intéressante et nous ramène en quelque sorte à la manière dont le pouvoir se dissémine dans un milieu. En insistant sur l'aspect communautaire de l'*empowerment*, on comprend que Ninacs (2008) croit que le pouvoir se développe d'abord par les individus pour se transmettre ensuite dans le milieu aux travers des structures (associations, organisations, etc.). Si on parlait d'*empowerment* collectif, le chemin du pouvoir serait l'inverse, c'est-à-dire des structures vers les individus (Thomas, 2011)

disempowerment que sur l'*empowerment*, aussi faut-il aller voir l'apport d'autres auteurs afin de mieux comprendre ce phénomène.

1.4.3.1 Disempowerment communautaire

À la lecture des différents écrits sur l'*empowerment*, on constate qu'il est plus facile de parler de *disempowerment* individuel (DI) que de celui de type communautaire (DC). En effet, les exemples sont nombreux dans la littérature sur les cas de personnes vivant dans la pauvreté ou l'exclusion, de celles qui vivent avec une incapacité mentale ou physique ou alors de celles qui font partie de groupes minoritaires ou discriminés et qui ont toutes en commun le fait de ne pas avoir assez de pouvoir sur leur vie afin de décider selon leurs propres choix et besoins (Bartle, 2008; Everett, Homstead, & Drisko, 2007; Favreau & Fréchette, 1995; Freire, 2001; Friedman, 1992; Le Bossé, 2003; Ninacs, 2008; Perkins & Zimmerman, 1995; Racine, 2010; Rappaport, 1987; Relais-femme, 2010; Riger, 1993; Zimmerman, 1990a). Pour les communautés l'exercice est plus délicat. Pour nous aider dans notre quête, il faut se ramener à la définition de l'*empowerment* communautaire proposée ci-haut et se poser la question suivante : Qu'est-ce qu'une communauté qui n'est pas en mesure de répondre à ses propres choix et besoins et comment en vient-elle à ne pas pouvoir favoriser le développement du pouvoir agir de ses membres?

La question est complexe et appelle différentes réponses selon la perspective de recherche. Dans notre cas, puisque nous nous situons dans une perspective de développement local, autant du point de vue des sciences régionales que de l'intervention sociale, nous pouvons nous attarder d'abord sur les communautés qui sont traditionnellement visées par des initiatives de développement local, soit des milieux pris dans un cycle de dévitalisation :

« Processus par lequel une collectivité territoriale est graduellement dépossédée de sa vitalité démographique, économique et sociale du fait de sa marginalisation, de son exclusion par rapport aux espaces qui accaparent la croissance économique et ses retombées sur le plan des services, des équipements et du bien-être » (Vachon, 1993, p. 18)

Le cycle de dévitalisation proposé par Vachon inclut une multitude de facteurs qui démontrent comment une communauté en vient à se fragmenter : exode des jeunes, perte de services de proximité, démission politique, perte du sentiment identitaire, etc. Il a grandement inspiré la définition du MAMROT (2006b), dans sa politique de la ruralité, ce dernier insistant sur le fait que « [...] ces milieux sont en processus de déstructuration économique à la suite de l'effritement des bases traditionnelles de leur économie » (p.4).

Bien qu'extrêmement éclairant, le concept de dévitalisation a le désavantage de passer sous le radar certains indicateurs de nature sociale et politique tout en se concentrant sur sa dimension économique. Cela est particulièrement flagrant lorsque l'on consulte l'indice de dévitalisation élaborée pour le MAMROT par le Groupe de travail sur les communautés dévitalisées (2010). En effet, se centrer uniquement sur les aspects économiques, dans la grande question de l'*empowerment*, risque de nous faire passer à côté d'une dimension importante du concept: le changement social (Bacqué, 2006; Rich & Stoker, 2010). Pour combler ce qui nous apparaît comme un manque, on peut mettre à contribution les travaux de Boisvert (2007) qui constate qu'en la matière, et hormis les facteurs déterminants de dimension socio-économique (emploi, scolarisation, revenu moyen, etc.), les variables sociosanitaires (mortalité, criminalité, signalement à la DPJ, etc.) et intermédiaires (participation électorale, mobilisation, cohésion sociale, etc.) sont tout aussi importantes dans l'identification de ces communautés. Bien que toujours en évolution, le travail de Boisvert permet de mieux comprendre pourquoi et comment, à un même problème donné, certaines communautés s'enlisent et d'autres, résistent⁷³ et surtout, dans quel type de cycle de développement, elles sont engagées. Malheureusement, les travaux de cet auteur sont surtout portés sur l'identification des indicateurs qui caractérisent une communauté *disempowered*, et moins sur le processus qui y mène, ce qui aurait été particulièrement intéressant pour la compréhension du

⁷³ C'est ainsi que l'auteur est parvenu à identifier sept types de communautés : problématique, vulnérable, résiliente, moyenne, à surveiller, aisée, avantagée. Les deux premiers types (problématique et vulnérable) toucheraient davantage le sujet qui nous intéresse, la désappropriation du pouvoir des communautés (Boisvert, 2007)

concept de *disempowerment*. Il faut donc aller voir du côté d'autres auteurs, afin de mieux cerner le phénomène.

La perspective écosystémique promet une approche et une compréhension différentes, mais complémentaires à ce que nous venons de voir sur la notion de *disempowerment*. Nous nous ramenons ici principalement aux auteurs qui nous ont permis d'élaborer notre définition de communauté au début de ce chapitre. Rappelons d'abord que certains auteurs, sociologues comme intervenants sociaux, ont identifié les communautés comme des entités servant, entre autres choses, à répondre aux besoins quotidiens de leur membre (Chess & Norlin, 1988; Fellin, 2001; Hawley, 1950; Kaufman, 1959; Lee, 2011; Warren, 1963; Wilkinson, 1991). La question des services de proximité a déjà été abordée (Fellin, 2001; Hawley, 1950; Rothman, 2001; M. Simard, 2005), si bien que nous savons déjà que les communautés qui ne réussissent pas à fournir ces services, pour toutes sortes de raisons, ne constituent pas des milieux de vie idéaux. Bref, pour utiliser les mots de Fellin (1995), ces communautés deviennent incompetentes, car elles ont « perdu la capacité de s'engager dans un processus de résolution de problème afin d'atteindre leurs objectifs » (1995, p. 5) [notre traduction].

C'est ainsi que pour répondre à notre question de départ, nous dirons qu'une communauté en perte de pouvoir est un milieu aux prises avec plusieurs difficultés sociales, économiques et environnementales, difficultés qui par un effet complexe d'accumulation et d'amplification expliquent aussi l'incapacité dudit milieu à reprendre le contrôle de son développement et lui permettre ainsi de constituer un milieu de vie favorisant le bien-être et la qualité de vie des individus qui le compose.

1.4.3.2 L'empowerment communautaire

Armés d'une conception du *disempowerment*, état préalable à la mise en place d'un processus d'*empowerment* communautaire (EC), il nous est possible de parler plus concrètement de ce second concept, toujours, rappelons-le, selon une conception basée sur les travaux de Ninacs (2008). Soulignons au passage que d'autres auteurs ont également travaillé sur le processus d'*empowerment* communautaire (Everett et coll., 2007; Hur, 2006; Kaminski, Kaufman, Graubarth, & Robins, 2000; Le Bossé, 1996; Lord & Hutchison, 1993; Rich, 1995; Sadan & Churchman, 1997; Speer & Hughey, 1995; Wallerstein, 2006), mais là encore, sans le faire avec autant de précision que Ninacs (2008), ce qui explique notre choix de cadre théorique. Spécifions également que pour une large part, Ninacs s'est grandement inspiré de l'approche systémique (Chess & Norlin, 1988; Parsons, 1951; Warren, 1963) afin de bâtir son cadre théorique, ce qui nous permettra de retrouver des éléments déjà vus dans la première partie de ce chapitre au

sujet de la nature des communautés et de ses fonctions. Également, on notera que la vision de Ninacs sur l'*empowerment* rappelle celle des auteurs qui conçoivent le pouvoir à partir d'une perspective pluraliste, c'est-à-dire que le pouvoir découle de la capacité d'un milieu à regrouper les différents fragments de pouvoir dispersé dans la communauté (détenus par des individus ou des organisations) afin de parvenir à un objectif commun. On parle donc ici beaucoup plus de consensus que de conflits, ces derniers étant retrouvés dans les écrits qui conçoivent le pouvoir selon une perspective élitiste (Brennan & Israel, 2013). Ces quelques détails réglés, nous pouvons nous attarder aux travaux de Ninacs. Pour ce dernier, il y a quatre composantes – les facteurs structurants – qui se croisent et s'entrecroisent de manière non linéaire pour former L'EC (Figure 2).

Figure 2 Les quatre composantes de l'*empowerment* communautaire



Inspiré de Ninacs (2008, p.40)

La première composante est celle de la **participation** des membres de la communauté, ce qui n'est pas étonnant dans la mesure où, à notre connaissance, l'ensemble des chercheurs qui s'intéressent aux questions de reprise de pouvoir dans une perspective de développement local ont eux aussi identifié cet élément comme crucial au processus d'*empowerment* (Amdam, 2010; Bacqué, 2006; Conseil de la santé et du bien-être, 2001; Curry, 2009; Everett, 2007; Friedman, 1992; Goudet, 2009; Hur, 2006; Hyppolite, 2009; Itahaky & York, 2000; James, 1999; Klein & Champagne, 2011; Mendell, 2006; Relais-femme, 2010). Pour Ninacs, la participation est importante, mais semble se situer au même niveau que les trois autres éléments, ce qui n'est pas le cas pour Racine (2010) pour qui la participation est la condition première et *sine qua non* du processus d'*empowerment*. La participation doit être ouverte à tous (et promue comme telle), soutenue par des dispositifs adaptés à la population et leurs besoins et finalement significative en termes d'impacts et de changements possibles.

La seconde composante de l'EC concerne les **compétences**, c'est-à-dire les forces du milieu, ce qui là aussi est reconnu par plusieurs auteurs sur le sujet (Augoyard & Renaud, 1998; Bacqué, 2006; Friedman, 1992; Itahaky & York, 2000; Mendell, 2006; Relais-femme, 2010). Ninacs (2008) décline cette composante en deux facettes. D'abord la reconnaissance de ces compétences par l'ensemble de la communauté, ce qui présuppose un travail de recension préalable, suivi d'une action de promotion de ces

compétences. Le deuxième aspect est celui de la capacité d'utiliser ces compétences pour former ce que l'auteur appelle « des réseaux ». Un réseau est un ensemble d'acteurs qui utilisent leurs compétences respectives en les mettant au service du but commun de la communauté. Au contraire de Friedman (1992) et Mendell (2006) pour ne nommer que ceux-ci, Ninacs (2008) n'utilise pas la notion « d'apprentissage social⁷⁴ » comme de nombreux auteurs s'intéressant aux questions de développement local. On pourrait expliquer cette particularité par le refus de ce dernier de considérer la communauté comme une entité capable d'agir comme le font les individus. Ainsi, on le suppose, il en va de même pour l'apprentissage qui concerne uniquement les individus, même s'ils peuvent mettre leurs capacités en commun afin de créer des synergies, c'est-à-dire quelque chose de plus collectif.

La troisième composante de l'EC, selon Ninacs (2008), est celle de la **communication**. L'auteur réfère ici aux interactions libres et positives entre les membres de la communauté, ce que nous supposons être un climat de libre expression, à la transparence dans les processus décisionnels et à la circulation efficiente de l'information dans la communauté. Selon la revue de littérature que nous avons effectuée, il n'y a peu d'auteurs qui conçoivent la communication de la même manière que le fait Ninacs, c'est-

⁷⁴ Mendell (2006, p. 67) définit l'apprentissage social comme un « *processus cognitif radical qui déplace les espaces de régulation politique et les cadres de référence* ». Certes, la connaissance est d'abord traitée par le « cerveau » des individus, mais dans le cadre d'un projet collectif, la connaissance est ensuite réfléchie et transformée socialement dans le but de changer les politiques dominantes.

à-dire en regroupant les trois éléments que nous venons d'énumérer. La majorité des auteurs parlent distinctement d'interaction (Bacqué, 2006; Lord & Hutchison, 1993; R. C. Rich et coll., 1995; Wallerstein, 2006; Zimmerman, 1990a), d'information (Augoyard & Renaud, 1998; Bartle, 2008; Billings, 2000; Everett et coll., 2007; Hur, 2006; Kaminski et coll., 2000; Le Bossé, 1996; Lord & Hutchison, 1993; Miller, 1991; R. C. Rich et coll., 1995; Speer & Hughey, 1995; Wallerstein, 2006; Zimmerman, 1990a) ou alors en utilisant le terme « communication », mais sans la définition proposée ci-haut (Bartle, 2008; Christens & Speer, 2006; Fetterman, 2002; Miller, 1991; Sadan & Churchman, 1997). On constate également que pour certains d'entre eux, la communication est associée à l'une des dimensions de la participation [démocratique] (Adamson & Bromiley, 2008; Benazera, 2005; Fedi, Mannarini, & Maton, 2009; Hyppolite, 2009) plutôt que d'être considérée de manière distincte. Quoi qu'il en soit, ce qui importe pour Ninacs (2008), c'est que la composante communication soit adaptée à la population et aux besoins ou particularités de cette dernière afin que les modèles d'exclusion soient, même involontairement, perpétués dans la communauté⁷⁵.

La quatrième et dernière composante de l'EC selon Ninacs (2008) est le **capital communautaire**. Pour, Ninacs (2008), cette composante se traduit par deux éléments.

⁷⁵ On pense notamment ici aux technologies de l'information et de la communication (TIC) qui sont parfois privilégiées au détriment des autres moyens plus traditionnels (poste, téléphone, etc.) même si la population visée est connue pour être de moins grands utilisateurs de ces formes de communication (personnes en situation de pauvreté, personnes âgées, etc.) (Jochems, 2009)

D'abord, celui d'un réservoir (d'où le terme « capital ») de sentiments positifs envers sa propre communauté, ce qui pourrait être traduit par le sentiment d'appartenance, concept assez souvent présent dans les écrits portant sur la communauté comme nous avons pu le constater dans des sections précédentes. Ainsi, le sentiment d'appartenance est souvent vu comme la base du désir d'amélioration ou, à tout le moins, du maintien d'une certaine qualité de vie dans la collectivité (Tremblay, 2009).

Cela nous mène à la deuxième facette du capital communautaire, celle de la conscience citoyenne. Plus active, bien qu'elle comporte une bonne part de processus mentaux, elle se réfère au désir d'action engendré par un regard critique et un sentiment de devoir agir. En bref, pour faire un lien entre les deux facettes du capital communautaire, on pourrait dire qu'une personne, attachée à son milieu et ayant le désir qu'il se porte à son meilleur, pourra être plus facilement portée à s'impliquer dans des actions visant à l'améliorer qu'une autre qui, par exemple, ne ressent aucun lien d'attachement envers sa communauté. Notons que certains auteurs qui s'intéressent à *l'empowerment* (Billings, 2000; Christens & Speer, 2006; Wallerstein, 2006) préfèrent utiliser le terme de capital social plutôt que celui de capital communautaire (ou un autre terme⁷⁶), le substituant même parfois complètement à *l'empowerment* (Bacqué, 2006). Jouvé (2006), Bacqué (2006), et surtout Ninacs (2008) sont en désaccord avec cette

⁷⁶ Comme par exemple celui de capital socioterritorial qui, dans les grandes lignes, est assez semblable à celui de capital sociocommunautaire (Klein & Champagne, 2011)

commutation. Ce dernier estime que même le concept de capital social retravaillé par Putnam (1995; 1994) conserve une trop grande proximité avec les travaux de Bourdieu (1986) ou Coleman (1988) et donc, avec la vision individuelle du concept⁷⁷. Or, Ninacs (2008) souhaite éviter que le capital communautaire soit associé à quelque chose qui peut être accumulé (par les individus ou les communautés) et donc générer une fracture entre ceux qui en ont beaucoup (les nantis) et ceux qui n'ont pas eu la chance de s'en faire (les exclus). Sous bien des aspects, la description du capital communautaire que fait Ninacs (2008) ressemble beaucoup à celui de cohésion sociale⁷⁸, car on y parle de solidarité, de réciprocité, de confiance et d'inclusion. Ce rapprochement permet ainsi de faire une distinction claire entre la possession (avoir) et l'incarnation (être) de quelque chose (Carrasco & Bilal, 2016). Alors que le capital social répond au premier cas de figure, le capital communautaire, vu sous la lunette de la cohésion sociale, devient nécessairement collectif. En effet, comme le soulignent à juste titre Carrasco et Bilal (2016, p. 3), une personne seule ne peut créer de cohésion sociale [notre traduction].

⁷⁷ En ce sens qu'à l'origine, le capital social était vu comme une ressource détenue par les individus.

Bourdieu (1986) voyait cela comme une ressource propre aux classes dominante (ce qui expliquait leur position privilégiée). Pour Coleman (1988), le capital social était plutôt interprété comme le carburant de l'action individuelle, mais il faut le souligner, avec des liens intrinsèques avec la collectivité.

⁷⁸ On rappellera que ce concept prend source dans les travaux de Durkheim (Durkheim, 1967), mais il a été repris par la psychologie sociale pour expliquer le comportement des groupes et par la santé publique, en référence aux environnements favorables (Carrasco & Bilal, 2016).

1.4.4 Les interactions individu-organisation-communauté

Notre thèse, nous l'avons déjà dit, s'intéresse au processus d'*empowerment* communautaire. Or, le cadre théorique de Ninacs prend aussi en considération l'*empowerment* individuel (EI) et l'*empowerment* organisationnel (EO). Sans trop entrer dans les détails, puisque ces processus à eux seuls pourraient faire l'objet de leur propre thèse, il faut au moins les expliquer brièvement afin de bien comprendre leurs interactions avec le sujet qui nous intéresse.

1.4.4.1 L'*empowerment* individuel

À l'instar des observations d'autres auteurs sur le sujet (Friedman, 1992; Hur, 2006; Le Bossé, 1996; Lord & Hutchison, 1993; Speer & Hughey, 1995; Zimmerman & Rappaport, 1988), Ninacs (2008) considère que l'*empowerment* individuel (EI) doit se réaliser préalablement ou simultanément avec l'*empowerment* communautaire sur les dimensions de la **participation**, des **compétences**, **estime de soi** et **conscience critique**. Selon sa perspective, pour que les individus passent à l'action pour leur communauté, ils doivent au minimum développer un sentiment de compétence personnel. C'est une relation à double sens à laquelle nous assistons ici, car si les individus ont besoin d'un milieu favorable afin de développer leur EI, une communauté ne saurait maintenir son propre EC, sans un grand nombre d'individus en situation de pouvoir (Figure 3). Or, pour

que se réalise l’EI dans une communauté elle aussi en état de pouvoir, il nous manque une pièce du puzzle : les organisations.

1.4.4.2 L’empowerment organisationnel

Ninacs (2008) distingue deux grands types d’organisations. D’abord, les organisations intermédiaires, qui sont des entités généralement dédiées au développement de la communauté (p.ex. : CLD, CDEC, Regroupement d’organismes communautaires, etc.) en regroupant ou soutenant les autres organisations du milieu, et ce, peu importe le secteur d’activité. Le deuxième type prend le plus souvent la forme d’organismes communautaires ou de groupes informels, milieux où l’on peut travailler, s’investir ou obtenir des services dans sa communauté. Ce sont des communautés fonctionnelles. Inspirées de la définition de Fellin (1995) elles dépassent cependant la simple fonction de réponse à un besoin (service de proximité) afin de devenir des passerelles qui permettent aux individus de s’investir concrètement dans leur communauté ou, comme le dirait Solidarité rurale du Québec (2012) de répondre à l’exigence de « proximité des services » (p.2). Dans les deux cas, ces organisations font partie des dispositifs mis en place afin d’assurer la maintenance de la communauté. En ce sens, les organisations peuvent faire partie des compétences de la communauté locale, l’une des quatre dimensions de l’*empowerment* communautaire que nous venons de voir. Cela étant dit, puisque les organisations ont leur existence propre, elles vivent elles aussi

leur propre processus d'*empowerment* (EO) qui se réalise lui aussi sur quatre dimensions : participation, compétences, reconnaissance et conscience critique.

Considérant les liens et les interactions plus importantes que l'on retrouve dans certaines de ces organisations, particulièrement au sein des communautés fonctionnelles, Ninacs (2008) suggère la présence d'un double processus d'*empowerment* communautaire. Celui de la communauté locale, d'abord, puis celui qui se déroule au sein des organisations devenues pour les membres des communautés d'intérêts ou d'appartenance. C'est pourquoi, dans la Figure 3, on retrouve l'EC à la fois pour les organisations et pour les communautés.

Figure 3 Processus global d'*empowerment*



Inspiré de Ninacs (2008, p.70)

Cette façon de concevoir la double existence/fonction des organisations est très inhabituelle, du propre aveu de Ninacs (2008) et s'appuie davantage sur l'expérience professionnelle de ce dernier que sur un cadre théorique précis. Notons aussi que ce deuxième processus d'*empowerment* touche les communautés d'intérêt ou d'appartenance et non pas celles de type géographique (ou locale). Pour notre part c'est bien l'EC de la communauté locale, et non pas celui des communautés fonctionnelles, qui sera à l'étude.

1.4.5 Facteurs ou obstacles à l'*empowerment*

C'est un constat qui avait été fait par Freire (2001) à son époque et qui a été repris sous divers vocables depuis: l'*empowerment* est soumis aux forces économiques et politiques dominantes et peut être difficile à développer si les bonnes conditions ne sont pas réunies (Bacqué, 2006; Cheater, 1999; Curry, 2009; Jouvé, 2006; Klein, 2006; Lévesque, 2005; Mendell, 2006; Ninacs, 2008).

Au chapitre de ces facteurs, on note une relative cohérence parmi les auteurs pour identifier celui qui est jugé comme le plus important : de l'espace (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Curry, 2009; Friedman, 1992; Goudet, 2009; Itahaky & York, 2000;

Mendell, 2006; Ninacs, 2008). Ce facteur est l'un des paradoxes les plus souvent mentionnés par les critiques du concept, et à juste titre, car *l'empowerment* a besoin d'un contexte favorable à l'appropriation du pouvoir des individus et des communautés (Cheater, 1999; Christens & Speer, 2006; Juvé, 2006; Le Bossé, 1996; Ridde, Delormier, & Goudreau, 2007; Ross, 1987). Ramon (1999) ajoute que l'État peut devenir un obstacle majeur si les désirs de la communauté prétendante vont à l'encontre de ses orientations ou politiques publiques, ce qui se vérifie aisément lorsque l'on étudie certaines initiatives de développement local⁷⁹ (Klein, Fontan, & Tremblay, 2011; Levy, 2012). Toutefois, au Québec et au Canada, ces cas de figure se produisent assez rarement. L'État connaît ses limites et cherche, dans une certaine mesure, à les dépasser (Mendell, 2006). C'est donc à son avantage d'apprendre à traiter avec des communautés en situation de pouvoir et c'est d'ailleurs ce qu'il faisait jusqu'à tout récemment avec une relative constance avec son soutien au développement local et à l'économie sociale (Vaillancourt, 2017). Pour Mendell (2006), la question n'est plus de forcer l'État à reconnaître les communautés en situation de pouvoir (ou ayant le désir de l'être), mais bien de continuer à favoriser la cohabitation entre les deux logiques d'action.

⁷⁹ Ce facteur, plus politique, nous ramène à l'aspect du changement social que prétend incarner les tenants de *l'empowerment*. En prenant en compte cette dimension on éloigne plus facilement les risques de réduire le processus *d'empowerment* à l'effort et la volonté individuelle. D'ailleurs, on constate que ce facteur rejoint dans ce qui a déjà été identifié chez certains auteurs s'intéressant à la mobilisation des individus au sens global. Cela est intéressant pour nous, car au final, la mobilisation est au cœur du processus *d'empowerment* communautaire. Que l'on pense à Tarrow (1994) pour qui la mobilisation est dépendante de quatre facteurs politiques, le premier étant le degré d'ouverture ou de fermeture des institutions. Ceci dit, Mathieu (2004) ne croit pas que cet élément soit assez puissant pour contrer tout mouvement de mobilisation. Dans des situations particulières, une trop grande fermeture des institutions peut mener à un résultat contraire : la radicalisation du mouvement de mobilisation

Un autre facteur très souvent identifié comme essentiel au développement de l'*empowerment*, est celui de l'implication/participation des individus (Augoyard & Renaud, 1998; Bacqué, 2006; Bartle, 2008; Campbell & Jovchelovitch, 2000; Curry, 2009; Goudet, 2009; Itahaky & York, 2000; Ninacs, 2008; Racine & Leroux, 2006; Rich et coll., 1995; Zimmerman, 1990b) qui ne peut se réaliser que s'il y a un projet à partir duquel la motivation au changement peut s'enraciner (Ninacs, 2008). Pour ce faire, Mendell (2006) constate que des lieux formels (comité, associations, forums citoyens, etc.) doivent être créés afin de favoriser l'*empowerment* et l'apprentissage des communautés, ce qui correspond aux dimensions de « participation » et « communication » de la typologie de Ninacs (2008). À travers, et par ces dispositifs institutionnels, il doit y voir une mise en réseau d'acteurs qui proviennent dans la sphère civile et économique et qui sont engagés dans des efforts de recherche-action participative.

Le point de vue de Mendell (2006) sur la nature que doivent prendre les espaces d'implication et de délibération est intéressant, mais il met du même coup en relief un problème de plus en plus décrié dans les milieux concernés et que certains appellent la « tyrannie de la participation » (Augoyard & Renaud, 1998; Christens & Speer, 2006). Le mot est peut-être fort, mais il est utilisé à dessein afin de dénoncer la multiplication des initiatives conçues et gérées par le haut pour être ensuite imposées au bas, parfois même

sans reddition de compte (Hudon, Poirier, & Yates, 2008; Mercier et coll., 2009; Piron et coll., 2010). Le problème est transversal à plusieurs secteurs (santé et services sociaux, économie, politique, etc.) mais révèle dans tous les cas une méconnaissance des mécanismes de participation ainsi que des pouvoirs et responsabilités associés⁸⁰. Cela dénote la facilité avec laquelle on peut confondre l'acte de « donner la parole » à celle de « prendre la parole » et revient à un principe fondamental de l'*empowerment* : le pouvoir ne se donne pas, il s'acquière; il ne se transmet pas, on se l'approprie (Ninacs, 2008). Omettre de considérer cette facette de l'appropriation du pouvoir peut conduire à un résultat très éloigné de ce que l'on souhaitait au départ, même avec toutes les meilleures volontés du monde, aussi vaut-il mieux demeurer vigilant afin de s'assurer que la participation des individus et des communautés se réalise adéquatement et qu'elle soit réellement porteuse d'un changement social (African Rights, 1995; Bacqué, 2006; Bartle, 2008; Benazera, 2005; Cheater, 1999; Christens & Speer, 2006; Curry, 2009; James, 1999).

1.4.6 Conclusion partielle

Dans les pages précédentes, nous avons pu mesurer la difficulté de bien cerner le concept d'*empowerment*, au sens général, et à plus forte raison lorsque l'on parle d'*empowerment* communautaire. Nous ne sommes évidemment pas les premiers à

⁸⁰ Le problème n'est pas récent, et c'est d'ailleurs ce qui a poussé Arnstein en 1969 à élaborer son échelle de participation après avoir assisté à plusieurs séances « factices » de ce genre. En ce qui nous concerne, on notera que seuls les trois derniers niveaux (autorité, délégation, partenariat) peuvent être associés à un processus d'*empowerment* (Arnstein, 1969; Augoyard & Renaud, 1998)

éprouver cette difficulté, car il est généralement admis qu'en raison de sa nature multidimensionnelle (politique, économique, psychologique, sociale) et qui s'observe à plusieurs échelles (individuelle, communautaire, organisationnelle) l'exercice est délicat, à plus forte raison lorsque différentes disciplines de recherche sont mises à contribution (Hur, 2006).

Il fallait toutefois aller de l'avant, car le concept d'*empowerment*, assez souvent retrouvé dans les études qui traitent de développement local, comporte une signification qui peut devenir lourde pour les communautés en difficulté : contrôle des ressources, autonomie, développement. Le contraire étant difficilement envisageable pour ces dernières, particulièrement dans le contexte sociopolitique néolibéral actuel, il est d'autant plus important de mieux cerner le processus et les conditions de réalisation d'un tel exercice afin de s'assurer que l'on parle bien de prise de pouvoir collective et non pas de délégation des responsabilités de la part des pouvoirs centraux (Juvé, 2006; Mendell, 2006; Ninacs, 2008). Il ne faut pas non plus oublier que l'*empowerment* comporte un potentiel indéniable de développement plus égalitaire et plus démocratique que nombre d'options actuelles, aussi les recherches sur le sujet ne doivent pas être abandonnées en dépit des bémols préalablement soulignés (Friedman, 1992; Goudet, 2009; Hur, 2006; Ninacs, 2008; Racine, 2010; Ross, 1987; Speer & Hughey, 1995; Wallerstein, 2006).

Pour toutes ces raisons, force est de constater que le processus d'*empowerment* communautaire a besoin d'être étudié plus en profondeur, à la hauteur de ce qui a été fait au niveau individuel (Hur, 2006; Ninacs, 2008; Racine, 2010). En fait, lorsque l'on s'intéresse au développement du pouvoir d'agir des communautés, on constate rapidement que la majorité des études se concentre surtout sur les conditions gagnantes relatives au contexte macrosytémique (p.ex. économique, politique ou médiatique) et assez peu à celles que l'on retrouve au niveau microsystémique (Brennan & Israel, 2013). Par exemple, au niveau local, la question des composantes de l'*empowerment* et de l'interaction entre celles-ci demeure nébuleuse. Certes, puisqu'une définition unanime du concept fait cruellement défaut, il est difficile d'en cerner ses différentes dimensions, mais l'absence d'un cadre théorique précis sur l'*empowerment* fait en sorte que de telles recherches sont plus difficiles à mener. Ninacs (2008) nous offre toutefois la possibilité de partir d'une typologie raisonnablement consistante avec des indicateurs concrets et assez facilement observables. Pour cette raison, c'est à partir des travaux de cet auteur que nous avons choisi de conduire notre propre étude et d'observer une initiative de développement local.

1.5 Objet d'étude et pertinence de la recherche

Rappelons tout d'abord le contexte théorique et conceptuel de la thèse. En développement local, l'échelle d'étude et d'intervention privilégiée est évidemment le

local. Selon le cas, la discipline ou la problématique étudiée, c'est parfois le terme communauté qui est utilisé. Encore aujourd'hui, et en dépit de plusieurs décennies de travaux en la matière, il n'est toujours pas chose aisée que de définir ce qu'est une communauté. Pour notre part, puisqu'il fallait bien avancer sur le sujet, nous avons arrêté notre choix sur une définition provenant de l'intervention sociale collective. La définition de Lavoie et Panet-Raymond (2011) a le mérite de prendre en considération la majorité des éléments jugés comme indissociables d'une communauté (territoire vécu, interactions sociales, liens communs). À la suite de cette définition, et toujours en accord avec certains auteurs sur le sujet, nous avons établi que la communauté servait, entre autres choses, à répondre à divers besoins ou exigences de la vie quotidienne. En somme, les gens choisissent de s'identifier à *telle* communauté, car elle peut fournir des denrées, des services ou des relations jugées indispensables, et ce, d'une manière qui comble les besoins tant quantitativement que qualitativement. Bref, comme l'a si bien démontré Simard (2005), les services de proximité sont utiles tant pour la cohésion sociale au sein d'une communauté que pour le développement de cette dernière, au sens global du terme.

Les services de proximité sont de tout ordre, bien sûr, mais nous avons choisi de nous arrêter à ceux qui relèvent de la santé et des services sociaux, car ils font partie de cette catégorie de services qui ont un impact important sur le bien-être et la qualité de vie

des individus qui vivent en régions rurales, périphériques ou éloignées. Il nous a fallu faire un détour par la structure du système de santé de première ligne (SPL) du Québec afin de bien saisir pourquoi et comment le système de santé actuel est incapable de remplir adéquatement son rôle au niveau local. Ces raisons sont de natures différentes et viennent s'ajouter aux pressions que les communautés vivent déjà : contexte politico-économique en faveur d'une réduction du rôle de l'État, les réformes de santé inachevées qui s'accumulent, le rôle et pouvoir réel des différents acteurs dans le système de santé de la province et enfin, les changements de pratique chez les professionnels de la santé (vieillessement de la population, qualité de vie, avènement des femmes médecins, etc.).

Les organismes issus de l'économie sociale ont souvent été appelés en renfort afin de pallier les problèmes du système de santé de la province, dans la mesure où ils ont développé une compétence à répondre aux besoins exprimés localement dans une dynamique démocratique et d'autogestion. À la fin des années 1990, c'est le mouvement coopératif qui a été mis à contribution afin de trouver une solution alternative à celles publiques (CLSC ou cabinet de médecin) ou privées (clinique médicale « payante »). Les coopératives de santé étaient nées et ont été identifiées à des initiatives de développement local en santé, avec toutes les valeurs du DL que cela sous-tend. On a donc vu des citoyens répondre à leurs besoins individuels (p.ex accès à un médecin) tout en participant collectivement au développement socioéconomique de leur communauté

(services de proximité en santé = milieu plus attractif). Pour certains observateurs, cela est le signe de communautés ayant repris du pouvoir sur leur développement en se donnant les moyens de répondre à leurs propres choix et besoins.

On en arrive donc au concept d'*empowerment* proprement dit qui, comme nous l'avons exposé dans la section précédente, est utilisé assez régulièrement dans plusieurs disciplines *a priori* éloignées, mais qui ont toutes comme objectif de favoriser le bien-être et la qualité de vie des individus. Selon l'angle d'intervention, c'est l'*empowerment* communautaire qui sera favorisé, car en tant que milieu de vie immédiat des personnes, la communauté doit elle aussi être capable d'agir en fonction des choix et besoins des individus et des organisations qui la compose afin de constituer un endroit qui favorise le pouvoir agir de ces derniers.

1.5.1 Objectif général et questions de recherche

Pour résumer le problème que nous rencontrons actuellement, on dira que nous avons une bonne idée des causes et conséquences (sociales, économiques et sanitaires) du manque d'accès à des services de santé de proximité dans les communautés du Québec, particulièrement celles situées hors des grands centres urbains. Selon le cadre théorique de l'*empowerment*, il s'agit d'une forme de *disempowerment*. Nous savons

aussi que certaines de ces communautés ont initié un projet de développement local, soit une coopérative de santé, afin de prendre en main la situation problématique. Ce résultat, selon les écrits portants sur le DL et sur l'*empowerment* est appelé état d'*empowerment*. Nos interrogations visent plutôt ce qui se passe entre ces deux pôles (processus), car c'est précisément à cet endroit que la littérature scientifique fait défaut (Brennan & Israel, 2013). Dans le but, donc, de combler le vide sur le sujet, nous proposons l'objectif général de recherche suivant:

Comprendre et expliquer les mécanismes par lesquels une communauté en perte de pouvoir – *disempowered* – parvient, à travers la mise sur pied d'une coopérative de santé, à reprendre un contrôle collectif sur son développement en fonction de ses propres choix et besoins.

Cet objectif, dessinant la trame générale du projet de thèse, laisse toutefois en suspens certaines questions spécifiques. D'abord, avant de pouvoir s'aventurer plus à l'avant dans le concept d'*empowerment*, il semble nécessaire de mieux situer et comprendre les enjeux sociaux, économiques et politiques qui ont été déclencheur du projet de coopérative de santé, ou dit autrement, qui ont conduit la communauté à l'état de *disempowerment*. D'une part, on sera à même de mieux comprendre le contexte dans lequel les projets de CS ont émergé, mais du même souffle, on pourra mieux saisir sur quel aspect la communauté à l'étude a vécu une situation de perte de pouvoir.

1. Quels sont les facteurs sociaux, économiques ou politiques qui expliquent l'investissement de la communauté en perte de pouvoir (*disempowered*) dans le projet de création d'une coopérative de santé sur leur territoire?

Ces connaissances acquises, il sera plus aisé de mieux comprendre sur quels aspects précis le processus d'*empowerment* communautaire a pu s'enclencher. La deuxième question désire pour sa part s'attarder à un concept commun et central à tous les concepts que nous avons abordés jusqu'à présent : la participation. Dans le cadre théorique de l'*empowerment*, elle constitue la bougie d'allumage du processus et se retrouve à tous les niveaux d'*empowerment* (individuel, organisationnel, communautaire). Elle implique que les individus ont trouvé un moyen de transcender leurs préoccupations individuelles (EI) vers quelque chose de plus collectif (EC) et cela, au travers d'un dispositif formel (EO) (Ninacs, 2008; Racine, 2010). En DL, la participation est souvent considérée comme l'un des ingrédients indispensables à la mobilisation d'une collectivité autour d'un projet (Klein et coll., 2011; Mendell, 2006; Veltmeyer, 2015). Quant au domaine de la santé publique de type communautaire, la participation est depuis très longtemps ardemment favorisée, particulièrement dans les décisions qui concernent les services de proximité en santé et services sociaux (Conklin, Morris, & Nolte, 2010; CSBE, 2003; ; Farmer & Nimegeer, 2014; OMS, 1978;). En conséquence, nous souhaitons savoir quels

ont été les différents dispositifs mis en place (ou déjà présents, mais renforcés) pour soutenir la participation des membres de la communauté dans la réalisation du projet de coopérative de santé. Notre deuxième question cherche ainsi à savoir :

2. Quels sont les mécanismes qui ont été mis en œuvre afin de favoriser l'implication et la participation des citoyens des communautés visées par la recherche dans le cadre de la réalisation du projet de coopérative de santé?

La troisième et dernière question touche aux trois autres facteurs structurants de l'*empowerment* communautaire, car ils concernent spécifiquement le cadre théorique de Ninacs (2008) : les compétences, les communications et le capital communautaire. On cherche à savoir quels sont les dispositifs structurants qui ont dû être mis en place – ou renforcés - afin de permettre à la communauté de dépasser son état de *disempowerment*. Selon le cas, cela peut être l'ensemble ou l'un des facteurs les plus directement impliqués. De plus, comme Ninacs (2008) nous le rappelle, pris séparément, ces facteurs peuvent combler un déficit, mais sans pour autant permettre le processus d'*empowerment* à eux seuls. Ainsi, nous souhaitons aborder ces facteurs d'une façon globale et afin de mieux observer leur effet conjugué sur l'émergence du projet collectif en santé. Ainsi, on veut savoir :

3. **Quels sont les dispositifs structurants qui ont dû être mis en place – ou renforcés – dans la communauté et comment leur action concertée a permis la reprise en main collective de son développement à travers du projet de coopérative de santé?**

1.5.2 Pertinence de l'étude

L'objectif général et les questions de recherche arrêtés, il faut maintenant s'attarder à la pertinence de cette étude. Pour notre part, nous estimons qu'elle est de deux ordres, scientifique bien sûr, mais aussi sociale. Tandis que la première réfère à l'intérêt que la communauté scientifique peut porter à notre thème de recherche, la deuxième intéressera plutôt les acteurs sur le terrain, intervenants et décideurs (Chevrier, 2006).

En regard de la **pertinence scientifique**, nous estimons qu'elle se décline en deux grandes préoccupations. D'abord, dans une perspective d'études en développement régional/local, nous avons l'occasion de développer davantage les connaissances sur un phénomène relativement récent dans le paysage québécois : les coopératives de santé. Tous les acteurs qui sont impliqués de près ou de loin dans ce domaine demandent à mieux connaître et comprendre ces entreprises d'économies sociales, leurs ramifications et les conséquences potentielles dans le système de santé québécois. Évidemment, notre

thèse ne porte pas spécifiquement sur ce sujet, mais l'occasion que nous avons d'étudier dans le détail une initiative du genre ne peut que bénéficier à l'avancement des connaissances sur le sujet.

Deuxièmement, la volonté de s'attaquer à un concept très populaire, mais au final encore mal compris et donc parfois mal utilisé : *l'empowerment*. L'établissement du cadre théorique et conceptuel a permis de démontrer que si le concept a joui d'une attention raisonnable au niveau théorique, il a été fort peu vérifié de manière empirique, exception faite des études d'impacts ou d'évaluation de programmes (Hyung Hur, 2006; Le Bossé, 2003; Ramon, 1999). Ce vide dans la littérature sur le sujet est causé par plusieurs facteurs, dont la multiplicité des disciplines qui utilisent le concept, chacune avec les valeurs et objectifs d'action qui les sous-tendent (Billings, 2000; Christens & Speer, 2006; Hur, 2006). Ensuite, on constate la pauvreté d'indicateurs qui feraient l'unanimité et qui permettraient l'élaboration d'un cadre théorique consistant. Finalement, comme l'a déjà fait remarquer plusieurs auteurs (Bacqué, 2006; Mendell, 2006; Ninacs, 2008; Wolff, 1987), le concept d'*empowerment* communautaire a de la difficulté à se débarrasser de sa conception individualisante, si bien que certaines recherches n'étudient pas réellement la dimension communautaire, en dépit de prétentions contraires (Brennan & Israel, 2013). Notre étude se propose justement de passer outre ces limites des recherches actuelles en utilisant un cadre théorique complet, bien que toujours en évolution des propos mêmes

de l'auteur (Ninacs, 2008) et ce, dans une perspective interdisciplinaire, voire transdisciplinaire.

La **pertinence sociale** de l'étude est une dimension de la recherche tout aussi cruciale que la précédente. Dans le cas de cette thèse, nous arguons qu'une meilleure compréhension du processus de *l'empowerment* communautaire ne peut que bénéficier au développement des régions et des localités, contribuer au développement social des individus et permettre aux collectivités de se donner des outils qui répondent spécifiquement à leurs choix et besoins. Le contexte économique et politique actuel du Québec, comme dans plusieurs régions du monde, est propice à des interventions basées sur *l'empowerment*. Or, à partir du milieu des années 1990, le concept a été normalisé, épurée détourné de son sens radical⁸¹ premier. Cette « domestication » (Bacqué & Biewner, 2013, p. 76) de *l'empowerment* par les tenants de l'approche néolibérale a réussi à faire passer ce concept pour une quête individuelle où « *au niveau microlocal, les individus sont considérés comme des agents guidés par la seule rationalité économique, mesurant le retour sur investissement, tout comme au niveau macro, et les projets dits d'empowerment sont évalués à l'aune de leur efficacité* » (Bacqué & Biewner, 2013, p. 97).

⁸¹ En ce sens qu'il prétendait alors remettre en question les causes structurelles de la pauvreté, de l'appauvrissement et de l'exclusion sociale, politique et économique.

C'est donc ce contexte tout précis que la pertinence sociale de notre étude se dessine, car il permet d'abord de prendre conscience du danger d'endosser, même involontairement, cette mouvance conceptuelle appauvrissante. Pour que les acteurs sur le terrain puissent réaliser des projets de DL véritablement porteurs de transformation sociale, il faut, au niveau théorique, que des études comme celle que nous présentons ici puissent étudier le processus en profondeur afin de mieux le comprendre et de l'explicitier. Ayant bien cerné les concepts à l'étude, leurs limites et nos questions de recherches nous devons maintenant exposer la méthode par laquelle nous avons conduit notre étude sur le terrain et analysé les données obtenues. Le chapitre 2 traitera donc du cadre méthodologique.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce deuxième chapitre décrit la démarche méthodologique qui a soutenu l'élaboration de notre étude. Après nous être attardée à notre approche épistémologique et méthodologique, nous aborderons les critères qui nous ont permis de sélectionner le terrain à l'étude, d'en déterminer ses limites et ainsi avoir un cas clairement identifiable et propice à la conduite d'une recherche scientifique. Viendra par la suite la stratégie de collecte des données, c'est-à-dire la description des modalités qui ont entouré les entretiens de recherche, l'analyse de la documentation écrite, les observations directes, ainsi que les considérations éthiques qui nous ont guidés tout au long de nos démarches. Enfin c'est la stratégie d'analyse des données et la question de la scientificité de l'étude qui seront précisées.

2.1 Approche épistémologique et méthodologique

La recherche sociale, car c'est bien ce dont il est question ici, s'intéresse à l'étude de l'humain en interaction avec l'humain dans son environnement (Gauthier, 2006). Cette définition veut dire peu et beaucoup de choses tout à la fois, mais souligne par là même le flou et l'évidence de la recherche générale dans un premier temps et des faits sociaux, dans un deuxième temps. Rappelons que nous nous intéressons à des processus

profondément humains (*l'empowerment* et ses composantes), vécus individuellement et collectivement ce qui présuppose un contexte multidimensionnel et multifactoriel assez dense pour en appeler à une méthode scientifique qui va au-delà de l'objectivité et de la déduction pures. Le courant interprétatif ou **constructiviste** (Gohier, 2004) est ainsi apparu plus adapté afin de répondre à nos prétentions de recherche (Creswell, 2003; Fortin, 2010; Grawitz, 2001; Mucchielli, 1996). On note au passage que notre objet de recherche peut difficilement être mieux compris et expliqué par le recours aux données de nature plus quantitatives, tels les statistiques ou tests standardisés, aussi nous assumons pleinement notre choix épistémologique en délaissant la possibilité d'avoir recours aux méthodes mixtes, malgré tout l'intérêt que la communauté scientifique a pu lui porter ces dernières années (Creswell, 2003). Le choix le plus adapté à notre étude est bien celui des **méthodes qualitatives**.

Évidemment, ce choix ne va pas sans certaines difficultés quant à la décision à prendre en regard de la stratégie de recherche. Par stratégie de recherche, nous entendons :

« Un éventail d'habiletés, d'hypothèses et de pratiques que le chercheur utilise tandis qu'il ou elle chemine du paradigme vers le monde empirique. Les stratégies mettent les paradigmes d'interprétation en action. En même temps, les stratégies de recherche connectent aussi le chercheur à des méthodes spécifiques de recueil et d'analyse de matériaux empiriques » (Denzin & Lincoln, 2005, p. 25) [notre traduction].

Le problème ne réside pas tant dans le nombre de choix disponibles, encore que cela ne soit guère aidant, mais bien dans les termes ou typologies utilisés pour classer ces différentes stratégies (Royer, 2007). À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur le sujet, ce qui n'est pas sans attirer des critiques de certains auteurs qui s'étonnent de voir le nombre de typologies (et de stratégies de recherche) croître de manière quasi exponentielle à chaque nouvel ouvrage portant sur les méthodes qualitatives (Flick, 2002). Toutefois, si l'on se ramène à la nature du phénomène étudié, c'est-à-dire l'*empowerment* communautaire, et que l'on se remémore les raisons qui nous poussent à nous intéresser à ce phénomène, soit le manque de connaissances sur le processus et sur ses implications dans une perspective de développement local, on peut trouver une certaine unanimité parmi la majorité des auteurs consultés (Anadón & Guillemette, 2007; Denzin & Lincoln, 2005; Gauthier, 2006; Grawitz, 2001; Mayer & Ouellet, 1991; Paillé & Mucchielli, 2012). Nous souhaitons produire une recherche qualitative de type **exploratoire**, c'est-à-dire une étude qui :

« [permet] de baliser une réalité à étudier ou de choisir les méthodes de collecte des données les plus appropriées pour documenter les aspects de cette réalité ou encore de sélectionner des informateurs ou des sources de données capables d'informer sur ces aspects » (Trudel, Simard, & Vornax, 2007, p. 39)

Ceci étant dit, il faut revenir sur un point central de notre objet d'étude, c'est-à-dire la dimension communautaire dudit processus. En tant que tel, cet aspect pose des

défis méthodologiques importants, notamment en regard de la manière dont les données seront récoltées. En effet, nous avons affaire à un objet d'étude qui est fortement relié au contexte d'où il émerge à un niveau plus « localisé » (la communauté), mais qui en même temps – et nécessairement, dirons-nous – fortement dépendant d'un contexte plus global, complexe et en constante évolution (les problèmes des services de première ligne, le désinvestissement de l'état dans ses responsabilités traditionnelles, le désir d'autonomie du local, etc.). Tous ces éléments laissent présager que nous avons besoin d'une stratégie de recherche suffisamment souple pour couvrir la complexité du phénomène, tout en étant rigoureuse afin de préserver la qualité scientifique de la recherche (Compton-Lilly, 2013). Également, tout en gardant en tête la complexité du phénomène de *l'empowerment* communautaire, mais dans un désir de tenter de réduire au minimum la mauvaise compréhension et l'interprétation des informations obtenues, on suggère généralement d'avoir recours à une stratégie qui permettra d'intégrer facilement plusieurs sources de données d'origines diverses afin de pouvoir « trianguler » les informations (Stake, 1995). C'est ainsi qu'afin de pouvoir répondre au « pourquoi » et au « comment » du processus d'*empowerment* d'une communauté qui a pu mettre sur pied sa propre coopérative de santé, nous avons choisi de nous tourner vers **l'étude de cas exploratoire** (Yin, 2009).

Le dernier point à éclaircir en regard de notre approche méthodologique est celui du nombre de cas à l'étude. Yin (2009) nous rappelle qu'une bonne étude de cas est une étude réalisable en matière de compétences, de temps et de ressources disponibles. Ce qui est possible pour une équipe multidisciplinaire financée ne l'est pas nécessairement pour une jeune chercheure débutante. Pour plusieurs auteurs, l'étude de cas unique, lorsqu'elle comprend un nombre significatif d'unités d'analyse (Eunjung, Mishna, & Brennenstuhl, 2010), ce qui renvoie à la notion de saturation des données (Gohier, 2004) et surtout, lorsqu'elle vise la compréhension en profondeur d'un phénomène vécu par un groupe, une organisation ou une communauté (Flyvbjerg, 2006; Roy, 2009; Yin, 2009) demeure un choix méthodologique tout à fait légitime et acceptable. Puisque, de notre côté, nous voulions comprendre en profondeur le processus d'*empowerment* communautaire, c'est-à-dire le contexte et toute la complexité du phénomène (Alexandre, 2013) et ce, avec des ressources plutôt limitées, nous avons choisi d'emblée la stratégie de recherche de **l'étude de cas unique de type exploratoire**. Le Tableau 2 résume notre approche épistémologique et méthodologique générale.

Tableau 2 Positionnement de la recherche

Courant	Constructiviste, interprétatif
Méthodologie	Qualitative
Raisonnement logique	Inductif
Stratégie de recherche	Étude de cas unique de type exploratoire

2.2 Le cas à l'étude

La population à l'étude est celle des coopératives de santé du Québec. En 2013, cela nous laissait le choix entre 53 cas possibles répartis un peu partout dans la province. Plus précisément, comme on recherche des CS qui sont déjà en fonctionnement, on parlait alors de 37 sites potentiels (RAMQ, 2013). Compte tenu de ce nombre relativement restreint, il aurait été possible, et dans des délais raisonnables de tenter de contacter chacune des communautés qui hébergent une CS afin de vérifier leur intérêt à participer à notre étude. Or, plusieurs auteurs insistent sur l'importance capitale des critères (limites) dans la sélection des cas (Eunjung, 2010; Flyvbjerg, 2006; Gibbert & Ruigrok, 2010; Seawright & Gerring, 2008; Yin, 2009). Pour Yin (2009) ces critères démontrent d'une part qu'il existe des frontières, donc que l'on a réellement affaire à un « cas » et, d'autre part, ils permettent d'assurer une certaine scientificité à la recherche.

Avant donc de présenter le cas sélectionné, il nous faut exposer les critères qui nous ont conduits à notre terrain d'étude.

2.2.1 Critères de sélection du cas

Les critères sont établis en fonction de deux grands thèmes : accessibilité et représentativité (Yin, 2009). Les premiers critères relèvent de l'opportunité de réaliser l'étude de cas alors que les seconds concernent plutôt l'homogénéité/similarité des cas, tout dépendant que l'on ait affaire à une étude de cas multiples ou unique⁸².

Nous avons souligné, dans le chapitre précédent, que les coopératives de santé, en tant que phénomène somme toute assez récent, n'ont pas encore pu réellement bénéficier d'un nombre critique de recherches qui permettraient d'en dresser un portrait global. Toutefois, en croisant ces données déjà disponibles avec celles qui figurent sur les sites gouvernementaux (p.ex. Répertoire des coopératives du Québec) ou dans les rapports de recherche d'organismes publics ou privés (ex : INSPQ, ICIS), nous sommes en mesure d'établir des balises d'accessibilité et de représentativité satisfaisantes. Au niveau

⁸² Évidemment, certains chercheurs sélectionnent parfois un cas particulier, qui se démarque complètement de ce qui est généralement connu du phénomène en question. C'est-ce que Yin (2009) appelle un cas critique (critical case). Le plus souvent, ce type de cas ne s'embarrasse pas de critères de représentativité, car tel n'est pas l'objectif de l'étude.

de l'accessibilité, notre souci principal était de trouver un endroit où les possibilités de conduire la recherche jusqu'au bout seraient les plus élevées. Nous avons été méticuleuses à ce niveau, gardant en tête l'avertissement de Yin (2009) quant au fait que de mettre « tous ses œufs dans le même panier » (p.61) [notre traduction] rend le chercheur plus vulnérable en cas de problème ou de retrait des participants de l'étude. C'est ainsi que nous avons déterminé trois **critères d'accessibilité** :

1. La communauté doit avoir une coopérative de santé actuellement en opération, donc un terrain accessible à la chercheuse
2. La coopérative devra être en fonction depuis plus de deux ans au moment du recrutement (2013) afin de permettre à cette dernière d'avoir atteint une « vitesse de croisière » dans son fonctionnement⁸³
3. Au terme de l'étude pré-terrain, la communauté devra évidemment avoir manifesté un intérêt et une disponibilité à participer à notre étude

Au niveau des **critères de représentativité**, nous souhaitons avoir affaire à une communauté « typique » quant à la taille (nombre d'habitants) et la nature du problème d'accès à des services de santé de proximité. La taille de la communauté a été déterminée à partir de l'étude de Brassard et Darou (2012) qui faisaient des communautés de 25 000 habitants ou moins des milieux plus souvent pourvus d'une coopérative de santé. Pour le critère de la nature du problème d'accès, nous avons décidé d'utiliser le ratio

⁸³ Ce critère est basé sur l'étude de Brassard et Darou (2012) qui ont dû faire face à des difficultés de recrutement dans leurs propres travaux. En effet, les premières années de vie d'une coopérative (phase de démarrage) sont très exigeantes pour le comité coordinateur qui n'a pas nécessairement le temps ni les ressources pour participer à une étude telle que nous la proposons ici. Rajoutons à cela que les premières années sont également celles où les démarches pour attirer un médecin et de nouveaux membres sont en pleine période de pointe, nous estimons plus prudent de s'intéresser aux CS qui ont plus de deux années de fonctionnement

médecin/100 000 habitants, soit celui le plus couramment utilisé dans les études qui se penchent sur les problèmes d'accès aux services de santé (Collège des médecins du Québec, 2014; Commissaire à la santé et au bien-être, 2012a; Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2013; Lamontagne, 2007). Le type de coopérative retrouvé ainsi que la présence d'au moins un médecin pratiquant dans la CS ont aussi été identifiés comme des éléments incontournables d'une communauté « typique » qui a mis sur pied sa propre CS, du moins selon les études consultées (Brassard & Darou, 2012; Brassard et coll., 2009) :

1. La communauté doit avoir 25 000 habitants ou moins
2. La communauté doit être située dans l'une des régions détenant le plus faible nombre de médecins de famille par 100 000 habitants, comparativement à la moyenne provinciale
3. La coopérative de santé doit être de type « solidarité » comme la très grande majorité des 53 coopératives de santé existantes
4. Il y doit y avoir présence d'au moins un médecin pratiquant dans la coopérative

Armées de ces critères, l'étude pré-terrain a pu débuter au début de l'hiver 2013, ce qui nous a permis de sélectionner le site à l'étude. La prochaine section précise les démarches générales relatives à cette étape.

2.2.2 Étude pré-terrain et sélection du cas à l'étude

Afin de nous aider dans nos démarches, nous avons assez tôt sollicité l'aide de la Direction de la recherche au CQCM, dans la mesure où cette dernière avait depuis les débuts de nos démarches doctorales, manifesté un intérêt envers notre étude. Nous avons donc pu obtenir une liste et les coordonnées des 53 coopératives de santé, classées par région administrative, ce qui a été facilitant dans notre repérage de communauté « typique »⁸⁴. Évidemment, de cette liste, nous avons conservé seulement les 37 CS en activité, tel que précisé plus haut.

La deuxième étape fut de croiser cette liste avec les données disponibles sur les régions administratives. Pour connaître le ratio médecins/100 000 habitants, nous avons utilisé les données du plus récent rapport alors disponible, soit celui du « Nombre, répartition et migration des médecins 2012 » de l'ICIS (2013). C'est ainsi que nous déterminé que les régions (en ordre à partir du plus bas ratio) de Lanaudière (85), de l'Outaouais (94), des Laurentides (94), de la Montérégie (95), de la Mauricie-Centre-du-Québec (107) et de Chaudière-Appalaches (108)⁸⁵ étaient celles qui pouvaient être ciblées

⁸⁴ Nous aurions pu utiliser le répertoire des coopératives situé sur le site du MEIE (anciennement le MDEIE). Or aussi utile soit-il, il est malheureusement peu convivial afin d'effectuer une recherche à plusieurs critères. Par exemple, les CS qui nous intéressent dans cette thèse sont classées dans la grande catégorie « santé et service sociaux » qui comportait 2939 entrées lors de notre consultation. Peu intéressée à scruter à la main chacun de ces résultats, nous avons opté pour la voie la plus rapide, soit celle du CQCM.

⁸⁵ Cette liste exclut les régions que nous savions alors être sans coopératives de santé, soit la Côte-Nord, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Gaspésie-île-de-la-Madeleine et Laval.

pour notre étude. À partir de ce résultat, nous avons pu vérifier le nombre d'habitants par municipalité afin de cibler les coopératives situées dans des milieux de 25 000 habitants à l'aide du Répertoire des municipalités (MAMROT, 2013b).

La troisième étape fut, parmi les milieux sus mentionnés, de vérifier la date de constitution des coopératives de santé. Pour ce faire, nous avons utilisé le répertoire des coopératives du MESI afin de vérifier une par une les coopératives qui répondaient jusqu'alors à nos critères. Après cette étape, il restait enfin une quinzaine de CS sur notre liste des 37 originelles avec lesquelles il fallait vérifier la présence d'un médecin pratiquant, ce qui a pu se faire assez facilement à l'aide des sites Internet des coopératives ou encore, par téléphone⁸⁶.

Nous avons alors en main une liste de 11 communautés qui répondaient à l'ensemble de nos critères. Il fallait, en dernière étape, vérifier leur intérêt à participer à notre étude. Pour ce faire, et sur la suggestion du CQCM, nous sommes entrés en contact avec la Fédération des coopératives de service à domicile et de santé du Québec (FCSDSQ)

⁸⁶ À notre grand étonnement, cette dernière étape a été très facile, car la vaste majorité des coopératives de santé ont leur propre site Internet. Sur la page d'accueil de ces sites, on voit généralement les plages horaires disponibles des médecins pratiquants (ce qui confirme leur présence) ou alors une annonce assez éloquente que la coopérative est à la recherche d'un médecin de famille. En cas de doute ou de manque d'information, nous avons logé un appel aux coopératives de santé concernées, ce qui a été fait à deux ou trois reprises seulement.

afin de cibler plus rapidement des milieux potentiels. Cette dernière nous a orientés vers quelques coopératives. Nous avons profité du Sommet international sur les coopératives qui s'est tenu à Lévis cette même année afin de faire connaître notre étude auprès de membres ou gestionnaires présents de coopérative de santé du Québec. L'un d'entre eux s'est montré très intéressé et après quelques démarches supplémentaires, nous avons officialisé notre entente avec la **Coopérative de santé de la MRC Robert-Cliche**.

2.3 Stratégie de collecte de données

La collecte de donnée est l'un des moments forts du processus de recherche (Roy, 2009). Dans la mesure où cette étape est celle où l'on amasse des informations qui nous aideront à répondre aux questions de recherche, il est d'autant plus crucial de s'assurer que les sources de données, la sélection des participants, les outils de collecte de données et l'étape de la collecte des informations proprement dite soient choisis, construits ou exécutés minutieusement. Dans cette section, nous aborderons en premier les différentes sources de données qui ont été mises à contribution afin de mener à bien notre étude, ce qui inclut les outils de collecte de données, le déroulement général et le recrutement des participants, le cas échéant. Nous terminons cette section par les considérations éthiques.

2.3.1 Sources de données

Puisque nous avons choisi l'étude de cas exploratoire, nous avons la possibilité de nous appuyer sur différentes sources de données afin de « trianguler » le phénomène à l'étude. Cette façon de faire permet du même souffle d'amoindrir les biais du chercheur et donc, d'améliorer la scientificité de la recherche (Comtpon-Lilly, 2013; Gagnon, 2005; Roy, 2009; Stake, 1995; Yin, 2009). Pour notre part, nous avons opté pour l'entretien de recherche, les sources de données écrites et, dans une moindre mesure, l'observation directe.

2.3.1.1 L'entretien de recherche

La source principale des données de notre étude est les entretiens de recherche que l'on définit comme une « interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (Savoie-Zajc, 2006, p. 295).

En effet, nous souhaitons avoir accès à une compréhension approfondie du phénomène de l'*empowerment* communautaire dans le cadre d'une initiative de développement local. Également, nous souhaitons avoir accès à l'expérience de vie des

participants sur des points bien précis tout en ayant une certaine souplesse dans l'exécution afin de laisser de la place à des sujets de conversation qui auraient été jugés comme importants à aborder par les participants (Mayer & Saint-Jacques, 2000). À cet effet, nous avons opté pour l'**entretien semi-dirigé** qui combine un degré de liberté, de profondeur et de directivité correspondant à nos souhaits tout en demeurant conforme aux exigences de la méthode d'étude de cas (Yin, 2009).

Grawitz (2001) nous rappelle que l'entretien semi-directif n'est pas une conversation ordinaire entre deux personnes : il est généralement attendu d'un côté alors que de l'autre, il est toléré, voire subit. Dans tous les cas, il faut prendre en considération que l'entretien de recherche génère des attentes chez les deux parties qui ne sont pas toujours congruentes. Savoie-Zajc (2006) rajoute qu'il ne faut jamais perdre de vue qu'un entretien se déroule avec une personne, dans un endroit et à un moment précis et qu'il ne constitue qu'une partie de la réalité. Cette intersubjectivité (Anadón & Guillemette, 2007), couplée aux motivations de l'enquêteur et de l'enquêtée peut complexifier l'interprétation des données et donc, influencer la crédibilité et la transférabilité de la recherche, point qui sera abordé plus longuement en fin de chapitre. Malgré tout, l'entretien semi-dirigé, bien mené, demeure un outil de collecte de données précieux et valide pour tout chercheur qui veut comprendre le sens d'un phénomène en particulier (Savoie-Zajc, 2006).

Sélection des participants

La sélection des participants – ou l'échantillonnage - va au-delà du simple fait de déterminer par des principes théoriques ou mathématiques le nombre de personnes et les critères qui détermineront l'échantillon. Une réflexion concrète sur les objectifs de la recherche et de ce que l'on veut obtenir comme information est à la base de cette phase de la recherche (Beaud, 2006). Notre étude étant de type exploratoire, la question de la représentativité mathématique de l'échantillon a été jugée comme étant d'un intérêt limité. Plutôt, nous avons choisi de recourir à un **échantillon non probabiliste typique** (Ouellet & St-Jacques, 2000).

Comme nous voulions comprendre comment le processus d'*empowerment* de la communauté s'était réalisé au travers d'une CS, il nous fallait rencontrer des personnes qui avaient été mêlées à ce processus. Or, notre recherche pré-terrain et la revue de la littérature sur la CS Robert-Cliche nous avaient déjà permis d'identifier les principaux acteurs impliqués dans cette initiative de développement local : les fondateurs, les élus municipaux de la MRC, diverses organisations de la MRC, les administrateurs de la coopérative et les membres de la coopérative (utilisateurs, travailleurs, soutien). Quant au nombre de participants et considérant le type de recherche privilégié, nous avons

choisi de mener autant d’entretiens que nécessaire, jusqu’à saturation théorique (Savoie-Zajc, 2006), ce qui présupposait au moins une dizaine de participants. Dans la mesure du possible, nous avons également tenté d’avoir autant d’hommes que de femmes afin d’éviter un biais perceptuel (Beaud, 2006). En tout et pour tout, c’est le point de vue de 27 personnes qui a pu être recueilli. Le Tableau 3 résume la teneur de notre échantillon. Notons que des personnes ont pu se retrouver dans plus d’une catégorie à la fois.

Tableau 3 Catégorie et nombre de participants

Catégories de participants	Nombre
Fondateurs	7
Élus municipaux	3
Membres utilisateur-consommateurs	10
Membres utilisateur-producteurs	5
Membres travailleurs	4
Membres de soutien	1
Administrateurs	7
Organisations	4

Ces personnes identifiées, il fallait maintenant construire un guide d’entrevue qui permettrait d’encadrer les entretiens de recherche et obtenir ainsi les informations voulues.

Guide d’entrevue

Un guide (ou schéma) d’entrevue est l’outil « par lequel le chercheur structure l’entrevue autour des thèmes et des sous-thèmes centraux de la recherche » (Savoie-Zajc, 2006, p. 304), souvent sur le principe de l’entonnoir (Mayer & Saint-Jacques, 2000). Dans notre cas, ces thèmes et sous-thèmes correspondent globalement à la description de la communauté avant la CS (et incidemment aux causes du *disempowerment*), au processus de constitution de la coopérative ainsi qu’aux quatre grandes dimensions de l’*empowerment* selon Ninacs (2008) abordées au chapitre précédent. Notons que nous avons ajouté une partie sur ce que certains appellent la « plus-value de la coopérative » (Brassard et coll., 2009; Brasseur & Murray, 2013; Conseil de la coopération du Québec, 2006; Morazain, 2007; Rompré, 2004) et qui correspond à la perception concrète qu’ont les individus de l’*empowerment* de la communauté. Le Tableau 4 présente les thèmes et sous-thèmes abordés.

Nous avons élaboré un guide d’entrevue « maître » mais qui, considérant que nous avions affaire à plusieurs types de participants, pouvait être adapté selon le rôle de chacun dans la mise en place de la CS et les compétences associées⁸⁷. En tout, sept adaptations du guide d’entrevue ont dû être réalisées (Élus, utilisateur-consommateurs, utilisateur-producteurs, travailleurs, soutiens, administrateurs, organisations). Certaines adaptations assez différentes entre elles, d’autres comportant des modifications mineures (Annexe A).

Tableau 4 Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Thème général	Sous-thèmes
Description de la communauté avant la CS	<ul style="list-style-type: none"> • Forces • Faiblesses • Dépendance/impuissance • Niveau d’implication citoyenne • Sentiment d’appartenance
Processus de constitution de la coopérative	<ul style="list-style-type: none"> • Problème/besoin à l’origine de la CS <ul style="list-style-type: none"> ○ Identification du problème/besoin ○ Impact dans la population ○ Répercussions sur l’ensemble de la communauté (autres sphères) ○ Tentatives préalables pour régler le problème/besoin • Porteurs de projet <ul style="list-style-type: none"> ○ Émergence des porteurs de projet ○ Solutions envisagées ○ Solution retenue ○ Imputabilité • Difficultés rencontrées • Facteurs facilitants

⁸⁷ En effet, et assez logiquement, on ne peut s’attendre à ce qu’un membre utilisateur-consommateur (usager) puisse répondre aux mêmes questions qu’un administrateur ou un membre utilisateur-producteur (médecin). Afin de ne pas rebuter ou décourager les participants il a donc fallu adapter le guide d’entrevue selon le cas (Mayer & Saint-Jacques, 2000),

Participation et implication	<ul style="list-style-type: none"> • Type de participation • Type de dispositif soutenant la participation • Apprentissage et développement des compétences • Intégration et inclusion de l'ensemble de la population • Partage des pouvoirs et responsabilités • Opposition au projet <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion des conflits le cas échéant
Facteurs structurants à développer ou renforcer	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilisation des ressources en place ○ Réseautage des ressources en place ○ Ressources ou réseau à développer ○ Gestion des conflits et intérêts divergents ○ Synergies qui découlent du partenariat • Communication <ul style="list-style-type: none"> ○ Climat de libre expression ○ Dispositifs de communication ○ Accessibilité de l'information ○ Difficultés rencontrées • Capital communautaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Appartenance à la communauté ○ Sentiment de devoir agir
Plus-value de la coopérative	<ul style="list-style-type: none"> • Bien-être et qualité de vie dans la communauté • Motivation à créer d'autre projet de développement • Maîtrise de la communauté sur son développement

Déroulement général des entretiens de recherche

La phase de recrutement des participants s'est déroulée pendant deux semaines au mois mars 2013. La direction de la CS Robert-Cliche a été d'une aide précieuse dans le recrutement des participants membres⁸⁸, administrateurs et fondateurs en nous fournissant une liste de nom de personnes à contacter. Il nous restait à vérifier par téléphone leur intérêt à participer à notre étude, ce qui a été le cas pour la majorité des

⁸⁸ Concernant les membres utilisateur-consommateur, une liste de 15 noms pris au hasard dans la base de données du secrétariat de la coopérative nous a été fournie. Au besoin, nous aurions pu solliciter d'autres noms, ce qui n'a pas été fait, car la majorité des gens rejoints ont accepté de participer à notre étude.

personnes qui ont pu être rejointes. Concernant les membres utilisateur-producteur, particulièrement les médecins de famille, la direction de la CS nous a aimablement suggéré de vérifier elle-même l'intérêt et la disponibilité et de ces derniers considérant leur emploi du temps chargé et la difficulté de les rejoindre facilement.

Au total, 28 entretiens de recherche ont été réalisés, soit 27 avec différents participants et un dernier avec une personne qui a été interrogé une seconde fois afin d'obtenir des précisions sur les informations obtenues. Les entretiens de recherche se sont réalisés intensivement entre le mois de mars et le mois juin 2013, et ce, lors de trois visites dans le milieu d'une durée de deux à trois jours. Afin de faciliter le déroulement des entrevues semi-dirigées, la direction nous a proposé un local dans les murs de la coopérative dans lequel s'est déroulée la majorité des entretiens. À d'autres moments, au choix des participants, nous nous sommes déplacés au domicile ou sur le lieu de travail des personnes concernées. En moyenne, les entretiens ont été d'une durée de 50 minutes, sauf dans le cas des médecins de la coopérative (membre utilisateur-producteur) pour qui les rendez-vous ne devaient pas dépasser 30 minutes⁸⁹.

⁸⁹ Ce sont les médecins eux-mêmes qui ont posé cette condition à leur participation. On peut comprendre leurs motivations quand on considère la charge de travail quotidienne, tel qu'exposé dans le chapitre précédent.

Savoie-Zajc (2006) suggère de réaliser un bilan à la fin des rencontres, ce qui a été diligemment fait pour chacune d'entre elles. Les résumés, impressions, détails non verbaux ou notes d'analyse ont été soigneusement conservés dans un journal de bord qui a d'ailleurs servi pour l'ensemble du processus de la recherche.

2.3.1.2 Sources de données écrites

La deuxième source de donnée non négligeable de notre étude est celle des documents relatifs à la CS Robert-Cliche ou la MRC dans son ensemble. Selon Yin (2009), il aurait été difficile de passer à côté de cette source précieuse d'information, d'autant plus qu'elle a la grande qualité d'être stable, discrète, exacte et de couvrir une multitude de sujets selon plusieurs points de vue. L'une des caractéristiques des sources écrites est qu'elles ont généralement été produites par d'autres personnes que le chercheur. En ce sens, selon Grawitz (2001) celui-ci n'a aucun contrôle sur le pourquoi et le comment de la documentation, ce qui le force à sélectionner judicieusement les écrits qui lui seront véritablement les plus utiles. Cela ouvre la porte sur la question du biais des auteurs, que le chercheur doit prendre en considération lors de l'analyse de contenu. Également, les documents écrits comportent une limite importante quant à la quantité d'informations qu'ils peuvent procurer. En effet, au contraire d'un entretien en face à face, il n'est pas possible de poser des questions supplémentaires ou de clarifier des points plus nébuleux (Grawitz, 2001). Tout cela pris en considération, il faut malgré tout convenir que les

sources de données écrites sont d'une importance inestimable pour les études de cas puisqu'elles participent de façon importante à la triangulation des données (Y. C. Gagnon, 2005).

C'est ainsi qu'en regard des documents produits par la CS, nous avons pu avoir accès aux rapports annuels, aux procès-verbaux (PV) des réunions du CA de l'année 2012-2013⁹⁰, au site Internet et à la page Facebook, à quelques communications internes, un mémoire déposé au Groupe de travail sur les coopératives de santé du Québec produit conjointement avec la FCSCSQ et finalement à un peu moins de dix communiqués de presse. Concernant les documents produits de manière indépendante à la CS, nous avons pu récupérer 13 articles de journaux (version électronique) portant sur la CS Robert-Cliche, une douzaine de rapports ou études produits par des organismes gouvernementaux sur la MRC Robert-Cliche ou sur la coopérative, un mémoire d'étudiants à la maîtrise en gestion et gouvernance des coopératives et mutuelles et un ouvrage sur la Beauce émanant d'une recherche étendue sur cette région (Palard, 2009). Cela est sans compter les différents sites Internet gouvernementaux que nous avons consultés pour avoir des informations générales sur la MRC et sa coopérative et qui ont

⁹⁰ Nous avons demandé à la direction de la CS d'accéder à l'ensemble des PV des réunions du CA. Sans être contre cette demande, on nous a informé que les anciens PV n'étaient pas retranscrits sous format électronique et que donc, il faudrait les numériser un par un avant de pouvoir nous les transmettre. Jugeant que cela serait demandant pour cette organisation qui était alors dans une phase importante de son développement (ouverture d'un nouveau point de service de la coopérative – plus de détails seront donnés dans le chapitre « résultats ») et surtout, considérant la valeur somme toute limitée de cette source d'information, nous avons décidé de renoncer aux PV plus anciens.

déjà été mentionnés dans ce chapitre (Répertoire des municipalités, Répertoire des coopératives, etc.). Tous ces documents, sous forme électronique, ont été conservés et gérés à l'aide du logiciel Endnote, ce dernier nous permettant de produire un résumé et des notes de lecture facilement exportables vers d'autres logiciels aux fins d'analyse (Tableau 5).

Tableau 5 Types et nombre de sources écrites

Types de documents		Nombre
Documents produits par la MRC ou la CS Robert-Cliche	Rapports annuels	4
	Procès-verbaux	7
	Sites internet et autres	2
	Communiqués de presse	9
	Autres communications internes	3
	Mémoire	1
Documents produits à l'extérieur de la MRC ou de la CS Robert-Cliche	Articles de journaux	13
	Rapports gouvernementaux	12
	Ouvrages scientifiques	2
	Sites ou base de données sur Internet	5

2.3.1.3 Observations directes

Cette troisième source de données a été utilisée de façon plus marginale, car elle est coûteuse en termes de temps, à plus forte raison lorsqu'il n'y a qu'une seule chercheure impliquée. Elle doit toutefois être mentionnée puisqu'elle permet d'ajouter une couche supplémentaire de compréhension du phénomène à l'étude (Yin, 2009). À plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de visiter la MRC Robert-Cliche et la bâtisse de

la coopérative. En visitant les lieux physiques, nous avons eu l'occasion d'observer, écouter et ressentir (Chauvin & Jouin, 2012) la communauté dans son fonctionnement quotidien et dégager ainsi des impressions générales ou spécifiques à l'un ou l'autre de nos thèmes de recherche. Le plus souvent, nos périodes d'observation ont été réalisées à la suite d'informations apportées durant les entretiens de recherche que nous voulions voir, entendre ou ressentir en direct. Nous avons sillonné en voiture, à pied ou en vélo chacune des municipalités de la MRC. Nous avons habité pendant quelques jours, mangé et consommé dans certains de ces milieux, ce qui nous a donné l'occasion de recueillir des observations sur la vitalité du milieu, pas seulement au sens économique du terme, mais aussi en termes de liens sociaux. Nous avons pu aussi à l'occasion nous asseoir dans la salle d'attente de la CS ou déambuler dans les corridors afin de voir la disposition des lieux, les interactions entre les membres producteurs, travailleurs et les membres consommateurs ou encore, participer à des conversations informelles avec ces derniers. Ces moments nous ont fourni plusieurs informations quant au dynamisme de la vie coopérative.

La technique de l'observation directe, à l'instar de celles présentées précédemment, comporte elle aussi ses limites méthodologiques. L'un des problèmes les plus souvent rencontrés est que les chercheurs ne savent pas quoi observer. Cet écueil découle généralement d'une enquête pré-terrain déficiente et d'une méconnaissance des véritables limites du cas à l'étude. L'autre point souvent reproché aux observations

directes est celui de la présence du chercheur en tant qu'élément « perturbateur » de la situation observée. On ajoutera à cela que le chercheur, prisonnier de sa subjectivité, peut parfois mal interpréter ce qu'il voit et donc fausser les analyses (Laperrière, 2009). Dans tous ces cas, le journal de bord se révèle un allié indéfectible, car il permet de bien cerner le contexte, les variables ou le sens d'une observation. C'est d'ailleurs ce que nous avons fait lors de notre présence sur le terrain, en établissant avant chaque période d'observation l'objet ou le phénomène à étudier (p.ex. dévitalisation du centre-ville), puis lors de la consignation des éléments, de prendre le soin de distinguer clairement les faits réels (p.ex. plusieurs locaux vides, absence de piétons) des impressions (le centre-ville ne donne pas envie d'y rester) ou notes d'analyse (Chauvin & Jouin, 2012).

2.3.2 Considérations éthiques

La recherche éthique faisant appel à des sujets humains exige que les participants comprennent en quoi consiste la recherche et donne leur consentement libre et éclairé (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). L'énoncé de la politique des trois conseils de recherche du Canada fait en sorte que les participants ne soient pas contraints de participer à la recherche ni manipulés en ce sens, qu'ils ne soient ni observés ni enregistrés injustement, qu'ils sont informés des avantages et des inconvénients de leur participation et qu'ils soient en mesure de

comprendre ce qu'implique leur participation. Pour faciliter le consentement éclairé des participants à l'étude, un formulaire de consentement a été élaboré (Annexe B). Il contient toutes les informations pertinentes en regard des droits, responsabilités et mesures de protection des données. Avant chaque entretien de recherche, le formulaire a été lu aux participants puis signé conjointement par ces derniers et la chercheuse.

Le respect de la vie privée et de l'autonomie des individus et des groupes est le fondement éthique du respect des sujets de recherche (CRSH, CRSNG & IRSC, 2010) et il nous a guidés pour l'ensemble du processus de la recherche. Afin de préserver l'anonymat des sujets à l'étude, un code a été attribué à chaque participant en début de processus. Aucun nom ne s'est jamais retrouvé sur les guides d'entrevues, les notes de recherche, les fichiers audionumériques, les transcriptions d'entrevues ou le journal de bord. Par ailleurs, toutes les données écrites et le matériel de collecte de données ont été conservés dans un classeur verrouillé, accessible uniquement par la chercheuse. Les données informatisées, pour leur part, étaient situées sur un ordinateur protégé par un mot de passe connu seulement de la chercheuse. Dans tous les cas, seuls la chercheuse, le directeur et le codirecteur de thèse ont pu avoir accès aux données brutes recueillies. Notons au final qu'il a été clairement établi dès le départ avec les participants qu'ils pouvaient quitter le processus de recherche en tout temps, sans avoir à fournir de justification et sans subir de préjudices, aucun. Afin de s'assurer du respect des

considérations éthiques de la recherche, la chercheuse a demandé et obtenu le 8 février 2013 une certification éthique (Annexe C) auprès du comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CÉR-UQAC).

2.4 Stratégie d'analyse des données

Le processus de recherche n'a rien de linéaire, encore moins celle de l'étape de l'analyse des données (Roy, 2009). Si, on considère généralement cette phase comme le moment où l'on donne un sens aux données obtenues (Blais & Martineau, 2006), il importe, comme le soulignent Yin (2009) et Roy (2009) d'établir dès le départ une stratégie d'analyse des données claire, mais souple. Dans notre cas, puisque nous conduisons une recherche qualitative de type exploratoire, **l'analyse de type inductif** semblait plus appropriée afin d'atteindre nos objectifs de recherche. Ceci étant dit, nos lectures sur le sujet notre expérience de recherche antérieure nous ont appris que la recherche inductive « pure » est un mirage dont il vaut mieux se défaire dès le départ (Anadón & Guillemette, 2007), aussi certaines techniques décrites ci-dessous se rapprochent un peu plus de l'approche déductive, du moins en partie. Soulignons également que nous avons opté pour l'utilisation d'un logiciel de gestion de projet de recherche, nommément NVivo 10. Ce dernier nous a permis dès le départ de croiser, intégrer ou distinguer les différentes sources de données et de nous soutenir dans l'analyse proprement dite des données (Bazeley & Jackson, 2013).

2.4.1 L'analyse thématique

Les études de cas bien réalisées ont certainement la grande qualité de permettre le recueil d'une multitude de données. Or, considérant justement l'ampleur de ces données, il devient rapidement nécessaire d'avoir recours à une méthode d'analyse permettant de les utiliser à la hauteur de ce qu'elles peuvent apporter (Azeem & Salfi, 2012). À cet effet, notre souci principal - afin de ne pas nous égarer dans le dédale des informations - a été de rester collées le plus près possible de nos questions de recherche originelles puisque de toute manière, la revue de littérature, le cadre conceptuel et théorique et les outils de collecte de données ont été réalisés en fonction des principaux thèmes abordés dans ces questions (Yin, 2009), soient les quatre dimensions de *l'empowerment* et l'aspect du *disempowerment*. En établissant dès le départ une orientation générale à notre analyse à partir de ces cinq thèmes, nous avons opté pour une stratégie d'analyse du contenu de type thématique.

Paillé et Mucchielli (2012) définissent l'**analyse thématique** comme une stratégie qui permet de répondre graduellement aux questions de recherche en établissant ou repérant des thèmes récurrents dans les sources de données. On entend par « thème » un mot, une courte expression, voire une phrase qui identifie le sens d'une unité de donné

(Saldana, 2009). Concrètement, il s'agit de « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 232).

Dans notre cas, nous avons en premier lieu fait retranscrire les entretiens de recherche par une professionnelle qualifiée en la matière afin de pouvoir procéder plus facilement à l'analyse des données (Savoie-Zajc, 2006). Dans un deuxième temps, l'ensemble de ces transcriptions a été ajouté à notre projet de recherche dans le logiciel Nvivo 10. Puis, les entrevues et les notes d'observations reliées à chacune d'entre elles ont été relues plusieurs fois avant de procéder au début de l'analyse proprement dite. Le même traitement a été réalisé avec les autres éléments de notre corpus. Parvenus à cette étape, le « codage » des documents a pu débuter.

2.4.1.1 La codification

Certaines personnes ont tendance à associer uniquement la codification aux nouvelles technologies. S'il est vrai que cette technique a été grandement facilitée par les logiciels d'aide à l'analyse des données, elle ne constitue pas une nouveauté en soi (Roy, 2009). Un code renvoie généralement à un mot ou une courte expression qui est censée

résumer le thème qu'il représente (Saldana, 2009). Dans Nvivo, on appelle cela un nœud (*node*). Il est en quelque sorte l'étiquette du thème et il peut prendre une forme descriptive ou un peu plus analytique (Bazeley & Jackson, 2013). L'action d'étiqueter les extraits de transcription ou un passage dans un document écrit se nomme le codage (Azeem & Salfi, 2012; Bazeley & Jackson, 2013; Saldana, 2009). Notons que pour Anadón et Guillemette (2007), coder c'est de mettre à contribution deux types d'inférence, soient l'induction et l'abduction. La première, comme nous l'avons déjà noté auparavant, permet de décrire et interpréter un phénomène à partir des données obtenues alors que la deuxième permet de faire des liens entre les grandes catégories émergentes du corpus. Notre stratégie de codage, voire notre stratégie d'analyse au sens global, traduit cette réalité complémentaire de la recherche qualitative.

Il existe plusieurs modèles de stratégie de codification dans les écrits portant sur l'analyse qualitative. Miles et Huberman (2003) proposent trois grands types : codage conceptualisé, inductif ou générique. Dans notre cas, considérant l'approche méthodologique retenue, nous avons opté pour la **stratégie générique**. Celle-ci repose sur des thèmes déjà préétablis (*disempowerment*, participation, compétences, communication, capital communautaire), mais ils sont assez larges pour que d'autres thèmes insoupçonnés puissent émerger du discours des participants. Comme suggéré par Saldana (2009), nous avons procédé en deux vagues distinctes de codage.

La première vague a été celle du « débroussaillage » des données, selon le principe de l'entonnoir, et trois types de codage ont été utilisés. D'abord, nous avons codé **par attributs** (Bazeley & Jackson, 2013; Saldana, 2009), c'est-à-dire que nous avons apposé des caractéristiques aux sources de données qui pourraient nous aider plus tard dans notre analyse plus raffinée : le type de document, le type de participant, certaines caractéristiques sociodémographiques, lien des participants avec la CS, etc. Le deuxième codage utilisé a été celui de type **holistique** (Saldana, 2009), c'est-à-dire qu'à partir de nos questions de recherche et des guides d'entrevues, nous avons classé les extraits de corpus dans l'un ou l'autre des cinq grands thèmes préalablement identifiés, sans toutefois analyser leur signification plus en profondeur. Enfin, nous avons réalisé un codage **descriptif** (Miles & Huberman, 2003; Saldana, 2009), c'est-à-dire qu'à la suite de l'étape précédente, nous avons tenté de mettre des mots un peu plus précis sur les extraits de données en nous posant des questions du genre « que se passe-t-il ici? » ou encore « de quoi parle cet extrait? ».

La deuxième vague de codage sert à donner un sens aux données qui ont été catégorisées en premier cycle et évidemment, de tenter de répondre aux questions (ou hypothèses) de recherche et de regrouper les codes en catégorie (Saldana, 2009). Dans notre cas, nous avons utilisé deux types de codage pour cette deuxième vague. D'abord,

nous avons procédé au codage **axial** (Saldana, 2009), c'est-à-dire que nous avons regroupé ou réassemblé des données qui avaient préalablement été séparées, mais qui après réflexion, ont été jugées comme semblables au niveau de leur signification. Les différents nœuds ont été regroupés dans des sous-catégories des cinq grands thèmes principaux mentionnés précédemment. Puis, nous avons poursuivi avec le codage **descriptif** décrit précédemment, mais en raffinant toujours plus les questions à se poser.

2.4.1.2 Autres analyses des données soutenues par Nvivo

Le codage est l'une des étapes les plus importantes et les plus exigeantes de l'analyse des données et il est facilité par l'utilisation de logiciel d'aide à l'analyse tel NVivo. Il aurait toutefois été dommage de s'arrêter à cette seule fonction, car l'analyse assistée par ordinateur permet d'expérimenter d'autres fonctions d'analyse : les outils de visualisations des données et les requêtes de recherche.

Les outils de visualisations de données proposés par Nvivo sont utiles pour observer des quantités de données phénoménales sur un seul écran. On pense entre autres aux figures, tableaux ou matrices qui permettent de voir des relations entre des éléments, des propriétés insoupçonnées ou parfois même un problème au niveau des données obtenues, par exemple le manque d'informations sur un sujet en particulier

(Bazeley & Jackson, 2013). Dans notre cas, nous avons principalement utilisé les matrices afin de comparer les données entre elles (selon les attributs ou selon les nœuds) ou encore avec la revue de littérature⁹¹. Dans une moindre mesure, nous avons également utilisé les diagrammes de grappes (*cluster*) qui permettent de repérer des similarités entre des mots ou concepts, ce qui nous a été utile dans notre codage axial, de deuxième vague.

Dans le cas des requêtes de recherche, nous avons principalement utilisé la recherche textuelle⁹², la recherche à plusieurs critères⁹³ et la recherche par fréquence de mots⁹⁴. Dans ce dernier cas, nous pouvons afficher les résultats de différentes manières, dont les nuages de mots ou les grappes. Précisions ici, comme le soulignent à juste titre Bazeley et Jackson (2013), que ces outils ne sont justement que des outils et non pas des analyses des données réalisées par Nvivo. Aussi avons-nous toujours pris soin de savoir « quoi chercher » et de conserver un doute méthodique quant à ces outils, car il aurait été

⁹¹ Notons qu'il est possible avec la version 10 du logiciel, d'intégrer notre base de données Endnote dans Nvivo, pour autant que les articles soient sous format PDF. Ainsi, il est possible, au besoin, de « coder » ces articles ou d'effectuer des requêtes de recherche ou de visualisation au même titre qu'avec les transcriptions d'entrevues. La possibilité de comparer alors la théorie et la pratique est très intéressante aux fins d'analyses.

⁹² Rechercher un mot dans l'ensemble (ou une partie) du corpus afin de voir par qui ou dans quel contexte il a été mentionné.

⁹³ De manière générale, nous avons effectué des recherches par attributs et par nœuds pour ensuite générer un tableau à double entrée avec les résultats obtenus. Par exemple : Qu'est-ce que les participants de type « Élus » (attribut 1), mais non fondateurs (attribut 2) ont dit sur la question de l'implication (nœud 1) dans le cadre des consultations sur les pactes ruraux (nœud 2).

⁹⁴ Il s'agit ici de demander à Nvivo de générer une liste des mots les plus souvent utilisés dans le corpus. Le nombre de mots à afficher est à notre discrétion (p.ex. : les 50 mots les plus souvent utilisés), mais il faut savoir que Nvivo ne fait aucune différence entre les types de mots (nom propre, déterminant, article, nom commun, etc.). Ainsi, cette liste doit être utilisée avec jugement, car dans les mots les plus populaires ne sont pas toujours les plus intéressants pour notre recherche.

facile de se perdre dans les significations de ces résultats⁹⁵. Le Tableau 6, résume l'ensemble de notre stratégie d'analyse des données.

Tableau 6 Stratégie d'analyse des données

Stratégie d'analyse globale	Inductif
Méthode d'analyse	thématique
Stratégie de codage	Générique
Types de codage	Par attributs (1 ^{ère} vague) Holistique (1 ^{ère} vague) Descriptif (1 ^{ère} et 2 ^e vagues) Axial (2 ^e vague)
Autres analyses (Nvivo)	Matrice Diagramme de grappe Requête textuelle Recherche à plusieurs critères Requête de fréquence de mots

2.5 Limites méthodologiques et critères de scientificité de la recherche

Toute étude comporte des limites méthodologiques qui doivent être prises en compte. Certaines peuvent être évitée alors que d'autres feront nécessairement partie du

⁹⁵ Par exemple, après avoir fait une recherche par fréquence de mots, nous avons constaté que l'occurrence du terme « médecin » se démarquait dramatiquement de tous les autres mots. Étonnée par ce résultat, nous avons finalement pu comprendre que la recherche avait été effectuée, entre autres choses, sur un rapport statistique portant sur la répartition des médecins au Québec. Quoi de plus normal dans ce cas, de voir le mot « médecin » plus fréquemment utilisé. Toutefois, cela faussait en quelque sorte les résultats, car en soi cette forte récurrence ne voulait rien dire. Après avoir enlevé ce document de notre requête de recherche, nous avons obtenu un portrait beaucoup plus équilibré et plus significatif par rapport à ce que l'on recherchait alors.

cœur de l'étude et doivent être acceptées telles quelles. Cela ne veut pas dire pour autant que certaines mesures ne peuvent pas être mises en place afin d'amoindrir l'influence de ces limites, ce qui implique de se baser sur certains critères de rigueur scientifique. Avant de les aborder, il nous apparaît plus logique d'identifier les limites méthodologiques de notre stratégie générale de recherche.

2.5.1 Limites méthodologiques

L'une des premières limites communes à toutes les recherches sociales est celle de notre propre cerveau et incidemment, des instruments de mesure qu'il a élaborés (Gingras & Côté, 2009). En aucun temps, la recherche ne peut prétendre à une parfaite neutralité. Cette étude, comme toutes celles qui l'ont précédée, vient avec son lot d'*a priori*, de valeurs, de préjugé et d'erreurs⁹⁶. Être conscients de cette limite ne règle en rien le problème originel, mais il permet au moins de mieux estimer la valeur du travail accompli.

⁹⁶ Par exemple, en raison de notre parti pris naturel pour l'économie sociale, il nous a fallu prendre garde à ne pas amplifier notre perception de certains phénomènes, par exemple le lien entre la présence de la coopérative et le développement du milieu, de manière à exagérer leur importance. À l'inverse, nous avons tenté de réserver le même traitement aux rumeurs ou aux témoignages discordants allant à l'encontre du mouvement coopératif en général, ou de la coopérative de santé en particulier.

La deuxième limite concerne cette fois la capacité des études scientifiques de rendre compte de la totalité d'un phénomène en raison de la nécessité d'établir des limites à l'objet étudié. Cela peut être un territoire, une période de temps ou un contexte particulier, etc. Peu importe la forme que prend ce découpage, il est, comme le souligne à juste titre Gingras et Côté (2009) « sélectif » (p.43) et donc ne représente qu'une partie de la réalité. Tout ce que le chercheur peut faire, en ces circonstances est de justifier minutieusement les raisons qui l'ont poussé à sélectionner *tel* phénomène dans *telles* circonstances données afin de permettre aux lecteurs de mieux apprécier l'étude réalisée et ses retombées ou applications éventuelles.

La troisième limite, un peu en guise de résultat des deux premières, a trait à la capacité de la recherche sociale d'expliquer réellement ce qui s'est produit (Gingras & Côté, 2009). L'explication rationnelle d'un phénomène humain, rapporté par des êtres humains et analysé par ces mêmes humains peut parfois être difficile à atteindre. Aussi faut-il résister à la tentation, même involontaire, de faire « parler les données » plus qu'elles ne le devraient (Mellos, 2009).

Si ces trois limites générales s'appliquent à notre étude, on sait aussi qu'il en existe des plus spécifiques à notre stratégie de recherche, soit l'étude de cas. Quelles soient uniques ou multiples, les études de cas ont souvent porté flan à la critique ces dernières

années (Compton-Lilly, 2013; Cunningham, 1997; Yin, 2009). Les récriminations les plus importantes portent particulièrement sur les stratégies de sélection de cas discutables (ou absentes), la capacité, dans ce contexte, de générer des résultats autres que superficiels, la difficulté de mesurer les biais de recherche en raison du manque de distance des chercheurs et surtout, la question de la validité externe de la recherche (Alexandre, 2013). Cela serait d'autant plus vrai dans les cas critiques ou extrêmes (Bennett & Elman, 2006). D'une part, selon Roy (2009), on reproche trop souvent aux chercheurs de ne pas faire preuve d'un savoir-faire, voire d'un savoir-être suffisant pour donner une valeur intéressante aux études de cas. D'autre part, l'étude de cas unique, surtout si elle n'a pas été choisie au hasard, ne constitue pas un échantillon représentatif du phénomène étudié (Compton-Lilly, 2013; Latzko-Toth, 2009).

Pour notre part, nous avons pris un soin méticuleux à bien définir les critères de sélection de notre cas à l'étude, basée sur l'expérience d'études antérieures ou encore sur les connaissances théoriques que nous avons à propos des coopératives de santé. Nous avons donc suivi les conseils de Yin (2009) et défini trois critères d'accessibilité et quatre critères de représentativité, tels que présentés dans une section précédente. C'est ainsi, toujours avec Yin (2009), que nous affirmons que notre cas est **exemplaire**, typique des communautés périphériques aux prises avec des problèmes d'accès au SPL. Notre cas est aussi **exhaustif** (ou complet), l'accès aux données a été relativement facile, tant au niveau

de la littérature grise que de l'accès à des participants pour les entretiens semi-directifs. Notre cas est aussi bien **balisé**, tant en terme spatial (une MRC) que temporel (2007 à 2013), ce qui permet d'identifier plus facilement ce qui appartient au cas et ce qui ne lui appartient pas. Enfin, notre cas est facilement **utilisable pour des recherches futures**, même avec des approches différentes. La MRC, tout comme la coopérative de santé existent toujours et sont aisément accessibles pour d'autres chercheurs.

En regard des critiques portant sur la validité interne, il faut tout simplement que le phénomène X explique le phénomène Y ou dit autrement, que les données récoltées expliquent ce qui se passe réellement sur le terrain (Yin, 2009). Plusieurs stratégies nous permettent de nous assurer de cela. La sélection du cas, que nous venons d'aborder, en fait partie. Au niveau de l'analyse des données, un bon moyen d'y parvenir est de réaliser une correspondance thématique (*pattern matching*), soit une comparaison entre les données empiriques provenant du terrain à la théorie. C'est précisément cela que nous avons fait tout au long de cette thèse de doctorat en mettant à profit le cadre théorique de l'empowerment de Ninacs (2008). Enfin, nous avons pu exercer un contrôle sur les résultats d'abord en explicitant le plus clairement possible la démarche méthodologique. Également, un informant de la CS a relu les résultats de notre étude en proposant des changements ou des clarifications, ce que nous avons diligemment pour la version finale

du document. C'est donc bel et bien une recherche qui a tenté de répondre au mieux de ses capacités aux critiques adressée aux études de cas qui est ici présentée.

2.5.2 Critères de rigueur scientifique

Dans les recherches de type interprétatif (ou constructiviste), on a coutume de parler de « rigueur » plutôt que validité comme dans les études à posture positiviste. Cette rigueur concerne particulièrement la méthodologie de la recherche et peut s'établir à partir des critères de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité (Gohier, 2004).

La **crédibilité** de la recherche peut être en partie associée aux critères de validité interne des études du domaine des sciences naturelles. Pour ce faire, il est de mise de porter une attention particulière à la saisie de données, à la triangulation des données et la signifiante entre l'observation et l'interprétation des informations (Comeau, 1994; Gohier, 2004). Notons que la triangulation des données a été grandement facilitée par le recours à plusieurs sources de données, soit les entretiens de recherche, le corpus écrit (incluant notre journal de bord) et les observations sur le terrain. Enfin, notre présence physique sur le terrain ainsi que les contacts prolongés et signifiants que nous avons eus avec plusieurs acteurs dans la MRC Robert-Cliche a permis de valider nos observations et

nos interprétations. Notons au passage que les deux chapitres de résultats de cette thèse ont fait l'objet d'une relecture par un gestionnaire de la coopérative afin de valider les informations relatives à la problématique de la MRC Robert-cliche et au processus de constitution de la coopérative de santé à l'étude. Au besoin, des corrections ont effectivement été apportées. En bref, comme c'est souvent le cas dans les études du genre, nous estimons que notre étude répond adéquatement au critère de crédibilité évoqué par Gohier (2004).

La **transférabilité** est généralement associée à la validité externe de la recherche. Il s'agit donc de pouvoir obtenir dans des recherches ultérieures, même de manière limitée, des résultats similaires aux nôtres. Précisons dès le départ qu'en raison des limites méthodologiques de l'étude de cas, il n'était pas question d'espérer une généralisation statistique des résultats. Plutôt, nous avons mis tous nos efforts pour atteindre un degré élevé de généralisation analytique, c'est-à-dire selon Yin (2009), une généralisation à une théorie plutôt qu'à des populations entières. Pour atteindre ce but, on compte généralement sur la saturation théorique et la description exhaustive du contexte et des sujets de la recherche (Gohier, 2004). Pour sa part, Comeau (1994) ajoute qu'une description détaillée de la méthodologie est nécessaire pour parvenir à un bon niveau de transférabilité, ce qui présuppose l'utilisation de mémos ou notes de recherche tout au long du processus. Dans notre cas, nous estimons avoir fait le nécessaire afin

d'atteindre ce degré de transférabilité. Tout au long de ce chapitre, nous avons apporté un soin particulier à la description de la méthode (facilitée par la prise de note régulière dans notre journal de bord) ce qui démontre, nous le croyons, rigueur et transparence durant la conduite de cette étude. Également, et grâce à nos outils de collecte de données et le recours à d'autres sources de données préexistantes, nous avons été en mesure de dresser une description riche et complète du cas à l'étude et des unités d'analyses (participants) tel qu'il sera possible de le constater dans le prochain chapitre. Enfin, nous avons pris soin d'atteindre la saturation théorique dans l'analyse des sources écrites (rapport, études antérieures, articles de journaux) et surtout, dans les entretiens de recherche.

La **constance interne**, que Gohier (2004) définit comme « l'indépendance des observations et des interprétations des variations accidentelle ou systématique » (p.7) peut être atteinte par la triangulation des observateurs. Évidemment, parcours doctoral oblige, la triangulation des observateurs-chercheurs était plutôt limitée dans notre cas, encore que nous avons pu bénéficier d'échanges constructifs avec notre directeur et co-directeur de thèse. Par contre, le fait que notre étude ait recueilli le point de vue de plusieurs types de participants (élus, organisations, différents types de membres de la coopérative, administrateurs, fondateurs) sur un même phénomène (*empowerment* par la

CS) permet de prétendre, nous l'estimons, à un degré acceptable de triangulation des observations.

Il reste la **fiabilité** de cette étude, qui se rapporte à la transparence dans les positions ou présupposés épistémologiques (Gohier, 2004). C'est pourquoi, au début de ce présent chapitre, nous avons pris tout l'espace nécessaire afin de justifier notre posture épistémologique. Aussi, comme le suggère Comeau (1994) nous avons fait preuve d'une démarche réflexive tout au long du processus de la recherche, gardant en tête que de tous les acteurs mis à contribution durant cette étude, nous étions probablement la plus grande « apprenante » (Mayer & Saint-Jacques, 2000). Cette posture, qui va à l'encontre de l'attitude « d'expert » nous a permis de nous remettre en question et d'apporter des changements, au besoin.

Cette partie termine le chapitre sur le cadre méthodologique. Ayant exposé en détail notre stratégie de recherche, de collecte et d'analyse des données, nous pouvons maintenant présenter le premier chapitre qui porte sur les résultats de notre étude.

CHAPITRE 3

LE CAS DE LA MRC ROBERT-CLICHE : CONTEXTE ET *DISEMPOWERMENT*

Ce premier chapitre des résultats vise à décrire la communauté pour la période étudiée, soit celle précédant la mise sur pied de la coopérative santé en 2008, afin de mieux dégager les éléments qui ont mené au *disempowerment* de la MRC Robert-Cliche. Pour ce faire, ce chapitre se sépare en deux grandes sections. La première consiste à décrire le plus fidèlement possible la MRC Robert-Cliche sous ses différentes dimensions. C'est ainsi qu'après avoir esquissé un court portrait géographique, historique et identitaire du milieu, les pages qui suivent s'attarderont à dépeindre la population de Robert-Cliche. Par la suite, des informations sur les activités économiques, la structure politique, le leadership local et la structure des services de santé de proximité dans la communauté seront livrées. On finira par présenter les trois indices de développement qui sont disponibles pour la MRC Robert-Cliche.

La deuxième section de ce chapitre s'attarde plus spécifiquement au problème qui a été identifié par les participants comme celui ayant conduit la MRC dans une situation de perte de pouvoir. C'est ainsi qu'à partir de ces éléments, la question de l'accès problématique aux services de santé de première ligne (SPL) dans la MRC Robert-Cliche sera approfondie, tant en regard de sa nature exacte, que de ses causes et de ses conséquences pour la communauté en général. Ces informations conjuguées nous permettront de procéder ultérieurement à une analyse du cas de la MRC Robert-Cliche sous l'angle du *disempowerment* communautaire.

3.1 Description de la MRC Robert-Cliche

La première section de ce chapitre décrit la communauté à l'étude, soit la MRC Robert-Cliche, telle qu'elle nous a été rapportée par les différentes sources de données pour la période s'étirant plus ou moins de 1996 à 2007, lorsque les informations étaient disponibles. Globalement, deux grandes sources de données ont été mises à contribution pour l'élaboration de cette section. D'abord les rapports ou documents issus d'études ou d'analyse sur la communauté Robert-Cliche. Ensuite, le discours des participants, lorsque cela a été possible pour cette première partie un peu plus descriptive que celles qui suivront.

3.1.1 Histoire, géographie et identité

La MRC Robert-Cliche est l'une des neuf MRC de la région de Chaudière-Appalaches (Québec) et fait partie de la région culturelle de la Beauce. Elle a été constituée en 1982 dans la foulée de la réorganisation municipale issue de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme adoptée en 1979. La MRC porte le nom d'un avocat et homme politique éminemment respecté dans le milieu qui a été un ambassadeur de sa région tout au long de sa carrière (Commission de toponymie du Québec, 2014).

La MRC Robert-Cliche est un territoire entièrement rural (MAMROT, 2013c) situé à environ 45 minutes en voiture de la ville de Québec, dans la partie centre-sud de la région. Elle est bordée au nord par la MRC Nouvelle-Beauce, à l'est par la MRC Les Etchemins, au sud-est par la MRC Beauce-Sartigan, au sud-ouest par la MRC des Appalaches⁹⁷ et enfin, au nord-ouest par la MRC Lotbinière. Au niveau de l'axe routier, on retrouve au nord-sud, la route 173 qui relie, en moins d'une heure, la MRC Robert-Cliche à la frontière américaine. Lors de notre présence sur le terrain, l'autoroute Robert-Cliche (A73) s'arrêtait à Beauceville⁹⁸ et reliait pour sa part la MRC au reste du réseau routier de la province. D'est en ouest, les routes 108 et 112 mènent pour leur part à la région de l'Estrie (CLD Robert-Cliche, 2009; Emploi-Québec Chaudière-Appalaches, 2008). La Figure 4 de la page qui suit expose ces informations.

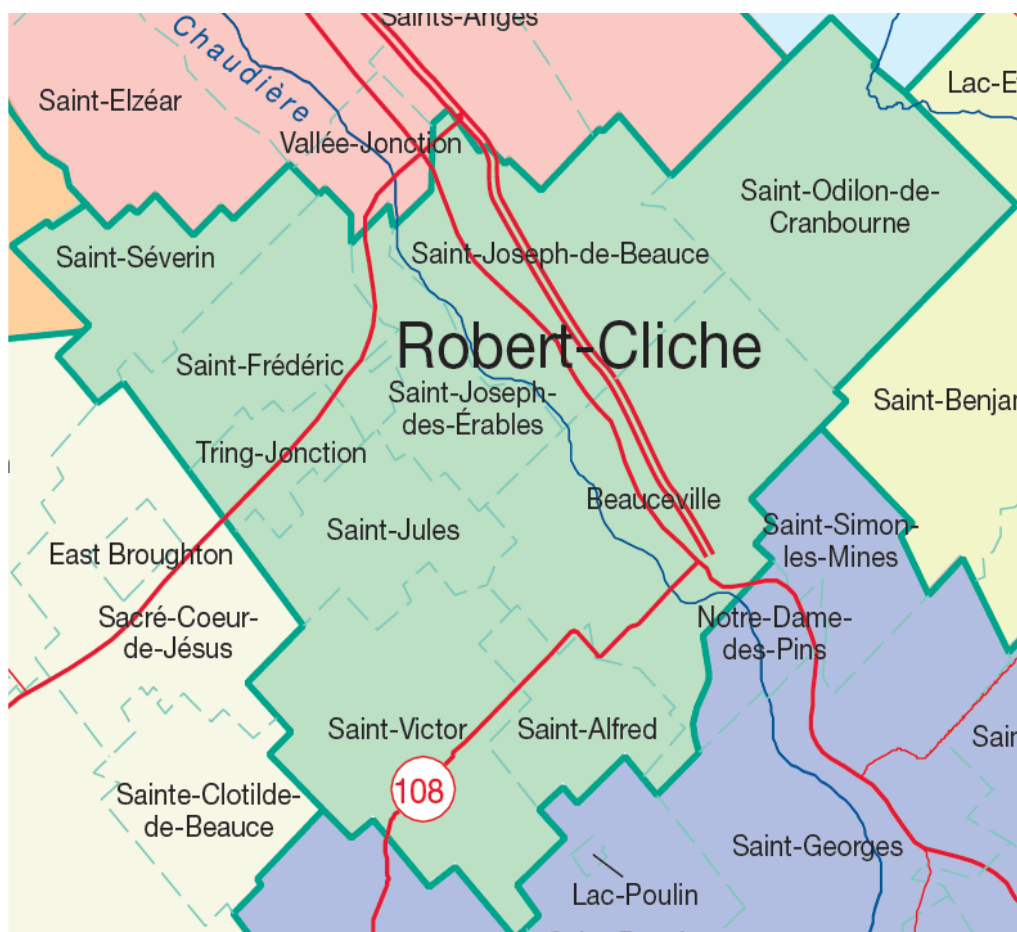
La MRC couvre un territoire de 838,8 km² plutôt contrasté en termes géographiques. En effet, la MRC est traversée de part en part par la rivière Chaudière et sa vallée alors que de chaque côté s'élèvent des collines et un plateau du nord-est au sud-ouest. Comme illustré à la Figure 4, la MRC Robert-Cliche compte dix municipalités, soit deux villes (Beauceville et St-Joseph de Beauce), trois municipalités (St-Alfred, St-Joseph

⁹⁷ La MRC des Appalaches s'appelait jusqu'en février 2009, la MRC de l'Amiante. Source : <http://www.lactualite.com/societe/la-vie-apres-lamiant/>

⁹⁸ Depuis 2016, l'A73 se rend jusqu'à St-Georges-de Beauce. Source : <http://www.journaldequebec.com/2016/10/12/le-dernier-troncon-de-lautoroute-73-officiellement-ouvert>

des Érables, St-Victor), quatre paroisses⁹⁹ (St-Frédéric, St-Jules, St-Odilon-de-Cranbourne, St-Séverin) et un village (Tring-Jonction) (MAMROT, 2013b).

Figure 4 La MRC Robert-Cliche



Adapté de : Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalache (2013)

⁹⁹ Les désignations « municipalités », « paroisses » ou « villes » font toutes références à ce que le MAMOT (2014) appelle des municipalités locales. La désignation est incluse dans le nom de la municipalité locale, mais le type ne change en rien son organisation ou ses pouvoirs qui s'appliquent uniformément, à la grandeur de la province.

Beauceville est l'un des deux pôles majeurs de la MRC. Officiellement fondée en 1736, elle a acquis le titre de première ville de la Beauce en 1904. On la connaît sous sa forme actuelle depuis 1998, moment où elle a fusionné avec les municipalités environnantes de St-François-de-Beauce et St-François-Ouest. La ville s'étend des deux côtés de la rivière sur un territoire d'une superficie totale de 166,39 km² (Commission de toponymie du Québec, 2013a; MAMROT, 2013c). Beauceville est la ville d'accueil de la Coopérative de santé Robert-Cliche (CSRC).

St-Joseph-de-Beauce est la deuxième ville en importance de la MRC Robert-Cliche, mais elle accueille la majorité des services administratifs et juridiques de la MRC. Elle occupe la rive nord de la Chaudière, à 14 km de Beauceville. La municipalité a été fondée en 1845, même si la paroisse St-Joseph existe depuis 1738, ce qui lui donne le titre de « fille aînée de la Beauce ». En 1999, la municipalité se regroupera avec une paroisse adjacente pour former la ville de St-Joseph de Beauce que l'on connaît aujourd'hui (Commission de toponymie du Québec, 2013b; MAMROT, 2013d). Au moment de notre enquête, on prévoyait ajouter un point de service de la CSRC dans St-Joseph, ce qui se concrétisera effectivement au début de 2014.

Terminons sur les valeurs identitaires propres à la communauté. La MRC Robert-Cliche est pétrie des célèbres valeurs beauceronnes connues à la grandeur du Québec et si bien circonscrites par Palard (2009). À travers de nos analyses du discours des participants et des observations sur le terrain, quatre valeurs ressortent le plus souvent : l'entrepreneuriat, la famille, le travail et la débrouillardise. Sur ce dernier point, on nous rapportera très souvent ce dicton (ou variantes similaires) qui traduit ce sentiment profond : « Si on ne s'arrange pas, c'est les autres qui vont nous arranger » (A02).

3.1.2 La population

Lors de nos entretiens de recherche, nous avons demandé aux participants de nous décrire leur communauté telle qu'elle était avant la venue de la CSRC. Certains d'entre eux n'ont pas manqué de nous faire remarquer que, sans être un problème critique, il y avait alors peu de renouvellement de la population. L'un d'eux dira que c'est une population qui « n'évolue guère » (U02). Les chiffres obtenus par les différentes publications officielles confirment d'ailleurs cette impression. En 2006, la population de la MRC s'élevait à 18 790 habitants¹⁰⁰, ce qui en faisait l'une des MRC les moins peuplées de la région de Chaudière-Appalaches. Au fil des ans, les diverses municipalités de la MRC ont vécu des variations démographiques plus ou moins importantes. Le Tableau 7

¹⁰⁰ On notera au passage que cette donnée provient des données du recensement de Statistiques Canada. Pour sa part, l'Institut de la statistique du Québec estime la population totale à 18 948 (Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009)

démontre que les deux principaux pôles de la MRC, Beauceville et St-Joseph, ont subi des baisses de population entre 2001 et 2006 pour s'établir respectivement à 6226 et 4454 habitants. De manière globale, les données démographiques laissent entrevoir une relative stabilité de la population à travers des années, en raison de la croissance de la population¹⁰¹ dans les deux MRC voisines (Nouvelle-Beauce et Beauce-Sartigan) et qui « drainent » les ménages vers leur territoire (Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009).

Tableau 7 Évolution de la population 1996 à 2006 MRC Robert-Cliche

Municipalité	Nb 1996	Nb 2001	Nb 2006	% variation 1996 à 2001	% variation 2001 à 2006
Beauceville	6 371	6 261	6 226	-1.7	-0.56
Saint-Alfred	467	432	458	-7.5	6.02
Saint-Frédéric	1 006	1 087	1 049	8.1	-3.50
Saint-Joseph-de-Beauce	4 361	4 487	4 454	2.9	-0.74
Saint-Joseph-des-Érables	455	460	417	1.1	-9.35
Saint-Jules	537	535	534	-0.4	-0.19
Saint-Odilon-de-Cranbourne	1 448	1 438	1 440	-0.7	0.14
Saint-Severin	272	278	279	2.2	0.36
Saint-Victor	2 408	2 460	2 553	2.2	3.78
Tring-Jonction	1 387	1 333	1 380	-3.9	3.53
Total	18 712	18 771	18 790	2,3	0,5

Tiré de : Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche (2009), d'après des données compilées par Statistiques Canada (1996 à 2006)

En 2006, il y a 9500 hommes (50,6 %) et 9290 femmes (49,4 %) dans la MRC (MRC Robert-Cliche, 2008). Toujours pour la même période, on note que l'âge médian est de 40,6 ans. La majorité de la population (64,4 %) est âgée entre 18 et 65 ans, suivis de 20,2

¹⁰¹ À titre de comparaison, pour la période 1996 à 2006, les MRC Beauce-Sartigan et Nouvelle-Beauce ont vu leur population augmenter respectivement de 7,1 % et 6,0 % (MRC Robert-Cliche, 2008).

% pour les 0 à 17 ans et 15,5 % pour les personnes de 65 ans et plus. Ces chiffres placent la MRC Robert-Cliche au-dessus de la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de jeunes de moins de 18 ans (19,2 %), mais aussi pour le nombre d'adultes de 65 ans et plus (14,4 %). C'est ainsi que, tout comme pour le reste du Québec, la MRC Robert-Cliche est appelée à vivre un vieillissement important de sa population, ce qui n'est pas sans demander une adaptation des services en place (CLD Robert-Cliche, 2009; Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2010; Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009; MRC Robert-Cliche, 2008).

3.1.2.1 Santé et problèmes sociaux

Lors de nos entretiens de recherche, certains participants ont pu nous transmettre des informations relatives à la santé et aux problèmes sociaux de la population de la MRC, données qui sont d'ailleurs corroborées par les publications gouvernementales sur le sujet. De manière globale, c'est une population qui ne se démarque pas des autres populations du Québec au niveau des problèmes chroniques de santé physique (Institut national de la recherche scientifique, 2011). Par contre, la question de la mortalité par suicide est particulièrement importante. Pour la période de 2000-2003, le taux de suicide est de 24 pour 100 000 dans la MRC (17 pour le Québec). Autre problématique importante, la conduite avec facultés affaiblies. Tandis que le nombre de condamnations pour cette infraction est de 306 par 100 000 titulaires de permis pour l'ensemble du

Québec, il se chiffre à 426 dans la MRC Robert-Cliche (Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche, 2011). Également, on peut constater dans le milieu un taux de mortalité prématurée plus élevé avec 346 décès par 100 000 habitants, comparativement à 319,2 pour Chaudière-Appalaches (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2009).

D'autre part, en 2006, 10,8 % de la population (n=2000) a déclaré vivre avec une incapacité physique ou mentale, le tiers d'entre elles se situant dans le groupe des 75 ans et plus, ce qui est plus élevé que la moyenne régionale (28,8 %). Dans ce groupe d'âge, ce sont surtout les femmes (38,5 %) qui ont rapporté de tels problèmes comparativement aux hommes (28,1 %). Notons au passage que ce sont surtout les problèmes d'agilité, de mobilité et de douleur qui ont été les plus fréquemment rapportés, tous sexes et âges confondus (Institut national de la recherche scientifique, 2011).

Au niveau des jeunes, nous disposons en plus des indicateurs de signalements retenus par le Centre jeunesse (CJ) de Chaudière-Appalaches ainsi que de celui du nombre d'élèves handicapés ou avec difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)^{102,103}.

¹⁰² Afin de préserver la confidentialité, les taux pour ces deux indicateurs ne sont pas disponibles dans le rapport de caractérisation des communautés locales de la MRC Robert-Cliche (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2009)

Dans le premier cas, il semble que la communauté a généralement un taux plus élevé de signalement au CJ que dans le reste de la région, problème qui a attiré l'attention des autorités sociosanitaires depuis 1999. Par exemple, entre 2001 et 2003, le nombre de signalements est passé de 30 à 37, principalement pour cause de négligence (Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009). Pour ce qui est des EHDAA, la situation semble plus positive, car hormis la situation qui prévaut dans une partie de la municipalité de St-Joseph (Q4), les quintiles se situeraient entre « très faible » (Q1) à « moyen » (Q3) (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2009).

3.1.2.2 Les familles

Pour ce qui est du portrait de la situation familiale, la MRC Robert-Cliche comptait en 2006 un total de 5410 familles. La majorité de ces dernières (86,4 %) est constituée de deux conjoints, alors que 6,6 % (n=520) sont monoparentales avec parent féminin. Entre 2001 et 2006, on remarque que ce nombre a décru au profit des familles monoparentales avec parent masculin avec une variation de -11,9 %. Pour leur part, les personnes qui vivent seules forment 10,6 % de la population (n=1970), ce qui constitue une augmentation de 19 % depuis 2001 (Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche, 2011; Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012). En dépit de ce

¹⁰³ Ce taux, exprimé en quintiles allant de très faible (Q1) à très élevé (Q5), correspond au nombre d'élèves de 5 à 17 ans identifiés EHDAA par le réseau scolaire local.

dernier résultat, on note que les valeurs reliées à la famille sont toujours très importantes dans la communauté, ce qui s'est vérifié à la fois dans nos entretiens et dans les publications portant sur la MRC Robert-Cliche. Les enfants sont au cœur des familles (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2010) puisque 72,3 % d'entre elles ont au moins un enfant (66,5 % pour l'ensemble du Québec). La MRC est aussi l'une des championnes québécoises en ce qui a trait aux familles nombreuses, avec 20,3 % de ses ménages qui comportent trois enfants ou plus, contre 15 % pour l'ensemble du Québec (Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009).

3.1.2.3 Scolarité

La scolarisation de la population en Chaudière-Appalaches a toujours été significativement moins élevée que la moyenne québécoise et cela se vérifie également dans la MRC Robert-Cliche. À titre d'exemple, on remarque qu'en 2006, 36,4 % de la population de la MRC de plus de 15 ans n'a aucun diplôme ou attestation (25 % pour le Québec), 22 % détiennent un DES ou équivalent, 14 % un DEC et 7 % un diplôme d'études universitaire (21 % pour le Québec). Comme pour ce qui est généralement observé dans l'ensemble du Québec, les femmes de plus de 15 ans de la MRC sont plus nombreuses à avoir un diplôme (15,2 %) que les hommes (6,8 %), mais ce résultat demeure toutefois presque deux fois inférieur au reste de la région de Chaudière-Appalaches avec un résultat

de 27,4 % (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012; Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009).

3.1.2.4 Emplois et revenus

Évidemment, ce niveau de scolarité plus faible n'est pas sans avoir d'impact sur les revenus des familles, ce qui nous a d'ailleurs été rappelé maintes fois durant les entrevues de recherche. Lorsque l'on consulte les données gouvernementales de 2005-2006¹⁰⁴ on constate d'abord que le revenu familial médian dans la MRC est de 54 801 \$, ce qui est 6,9 % inférieur à celui de la province qui lui s'établit à 58 678 \$. On remarque pourtant que le taux de chômage de la MRC de 4,7 % est beaucoup plus bas que celui de la province (7,2 %) ou du reste de la région de la Chaudière-Appalaches (5,6 %). En fait, ce sont les salaires individuels qui sont moins élevés, avec une différence significative entre les hommes et les femmes comme on peut le constater dans le Tableau 8 (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012).

¹⁰⁴ Pour la question des revenus individuels ou par famille, l'année de référence est toujours celle qui précède l'année de recensement. Dans notre cas, c'est donc les revenus déclarés en 2005 qui sont exposés.

Tableau 8 Revenus médians par personne - Comparaison MRC Robert-Cliche et Chaudière-Appalaches

Revenu médian (\$)	Total	Femmes	Hommes
MRC Robert-Cliche	22 305	17 658	28 526
Chaudière-Appalaches	24 696	19 054	30 463

Adapté de : Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches (2012), d'après des données du recensement 2006 compilées par Statistiques Canada.

Cet écart entre les revenus se répercute nécessairement sur la proportion de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté. Au total, 7,9 % de la population de la MRC vit dans une situation de pauvreté (12,3 % des ménages), soit 6,9 % des hommes et 8,9 % des femmes. Ce sont surtout les femmes âgées entre 55 et 64 ans qui vivent sous le seuil de pauvreté. Point positif pour la MRC, tous ces chiffres sont inférieurs à ceux de la moyenne régionale (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012).

3.1.3 Activités économiques

La MRC Robert-Cliche est considérée par les instances gouvernementales comme un territoire rural (Commission de toponymie du Québec, 2014; Emploi-Québec Chaudière-Appalaches, 2008). De fait, le portrait économique de la MRC révèle un milieu fortement investi dans les activités agricoles. Toutefois, les activités manufacturières ont aussi une place importante dans l'économie de la MRC. En 2006-2007, on dénombrait

796 entreprises de toutes sortes employant 9735 personnes. La très grande majorité de ces entreprises (90 %) sont de petite taille (20 employés et moins) et œuvrent dans le secteur secondaire ou dans celui des services (Emploi-Québec Chaudière-Appalaches, 2008). Comme c'est souvent le cas ailleurs au Québec, les hommes de la MRC Robert-Cliche travaillent plus souvent dans le secteur secondaire (48,6 %), particulièrement dans le domaine de la construction. Les travailleuses sont plus souvent retrouvées dans le secteur des services à la consommation (26,8 %) ou les services publics (28,5 %) (Institut national de la recherche scientifique, 2011).

Dans le domaine agroalimentaire, la MRC regroupe 8,4 % des entreprises agricoles de la région tout en générant 7,4 % du revenu total agricole de Chaudière-Appalaches. Un peu moins de la moitié des entreprises (44 %) sont spécialisées dans la production laitière et porcine tandis que le reste de la production se concentre surtout dans le domaine avicole, bovin et de l'acériculture (Direction régionale du MAPAQ de la Chaudière-Appalache, 2007).

Les activités manufacturières, pour leur part, sont surtout concentrées dans les municipalités de Beauceville, St-Joseph de Beauce et St-Victor, encore que le reste du territoire n'en soit pas pour autant dépourvu. Beauceville se spécialise dans le domaine

de l'imprimerie et de l'édition, St-Joseph de Beauce dans les maisons préfabriquées en plus de partager un créneau d'excellence avec St-Victor pour le domaine du textile et de la confection de vêtements (Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche, 2011; CLD Robert-Cliche, 2009).

Or, dans Robert-Cliche, on nous a confié que les créneaux d'excellence de la transformation du bois, du textile et des activités d'impressions ont récemment subi les contrecoups de la restructuration économique des grandes entreprises mondiales. Cela s'est concrétisé par la fermeture de plusieurs grandes entreprises pourvoyeuses d'emplois. La situation de plein-emploi de la Beauce tant admirée par le reste du Québec a été fortement ébranlée et demeure aujourd'hui fragile – même si elle s'est améliorée - car tributaire des soubresauts de l'économie de leurs voisins du sud. Comme le dira un intervenant, « il suffit qu'il y ait parité avec le dollar américain, et c'est le branle-bas de combat en Beauce » (O03). Afin de tirer leur épingle du jeu dans ce contexte économique plus difficile, plusieurs entreprises se sont spécialisées dans certains produits de niche, comme les matériaux de construction haut de gamme. Cela entraîne un besoin de « main-d'œuvre spécialisée » (A04), ce qui n'est pas sans difficulté dans le contexte socioéconomique actuel.

La situation que nous venons de décrire influence celle du commerce au détail. Selon certains observateurs, elle est amplifiée par la population peu nombreuse et cette habitude qu'ont les gens de consommer dans les grands centres urbains à proximité, ce qui mène à un cercle vicieux : « Regardez le centre commercial d'ici sur la rue principale [...] il ne tire [sic] pas fort. Les gens s'en vont carrément [faire leurs courses] à St-Georges. St-Georges, c'est le centre commercial d'un kilomètre de long » (U01).

3.1.4 Portrait de l'économie sociale dans Robert-Cliche

Nous disposons de peu de données précises sur la structure de l'économie sociale de la MRC Robert-Cliche, avant 2008. Toutefois, l'étude de Comeau (2009) nous apporte quelques données de base. Premier constat, le portrait de l'économie sociale en Robert-Cliche est plutôt favorable, comme il l'est d'ailleurs dans l'ensemble de la région de Chaudière-Appalaches. En 2006, il y avait 41 entreprises d'économie sociale (EÉS), soit de 21,8 entreprises par 10 000 habitants. Ce ratio est l'un des plus élevés de toute la région, presque à égalité avec les MRC voisines de Montmagny et Etchemin. Toujours selon Comeau, ce ratio est directement en corrélation avec le degré de défavorisation des territoires, ces trois MRC étant parmi les plus défavorisées de Chaudière-Appalaches. Là s'arrêtent les informations qui couvrent uniquement la communauté à l'étude. Par exemple, nous ne pouvons identifier précisément les secteurs couverts par les EÉS dans Robert-Cliche. Nous savons seulement que dans la région de Chaudière-Appalaches, la

majorité d'entre elles œuvrent dans le secteur de l'agriculture, financier (Desjardins et mutuelles) ou encore dans le maintien à domicile (Comeau, 2009).

Lors de nos entretiens, plusieurs participants nous ont spontanément parlé de leur perception de l'économie sociale, particulièrement le mouvement coopératif. Étonnement, elle semble plutôt contrastée. D'un côté, les participants encensent le travail des coopératives financières comme les coopératives Desjardins ou les mutuelles d'assurances (A06, U02), mais de l'autre, ils font état de quelques doutes entretenus quant à la capacité d'une EÉS d'être aussi efficace et durable qu'une entreprise privée à but lucratif. Cela serait dû, semble-t-il, à quelques expériences coopératives qui n'auraient pas fonctionné dans le passé :

« C'était un magasin général avec un garage. Il y avait aussi une autre place qui vendait des meubles. C'était un gros magasin où les gens adhéraient, puis tu avais une ristourne [...] Quand ils ont décidé de fermer, c'a fâché beaucoup de monde. Tu sais, les gens ont pas perdu beaucoup d'argent, mais ils ont comme perdu leurs parts, tu sais [...] en tous cas, les plus vieux disent tout le temps que ça [une coopérative] ne marchera pas » (A06)

Comme le laisse entendre cet extrait, certains répondants de notre étude affirment que cette perception est surtout ancrée chez les personnes âgées. Un

participant nous affirmera que les perceptions chez les plus jeunes ne sont pas les mêmes et que l'économie sociale a désormais le vent dans les voiles :

« Le mouvement coopératif, au fil des années, a pris plus de force. Tu recules il y a 25 ans, le mouvement coopératif avait fait une crevasse, tu sais, un flat. Ça avait diminué, mais ça a repris [...] on retrouve aujourd'hui plusieurs coopératives en très bonne santé » (U02)

En fait, pour un participant, la MRC Robert-Cliche est un milieu qui « continue à apprendre à faire une place à l'économie sociale » (O03). Perception d'ailleurs partagée par un autre participant qui explique que même des EÉS bien implantées comme Desjardins doivent encore sensibiliser la population à ce niveau :

« Desjardins a travaillé pendant 5, 10 ans à l'expliquer [le mouvement coopératif] et il est encore en train de le faire [...] il faut l'expliquer ce modèle-là, de faire en sorte que les gens comprennent que dans la coopération, tout le monde y gagne » (P03)

On explique cette embellie par le travail de quelques acteurs clés sur le terrain, mais aussi grâce à la naissance de plusieurs projets structurants et mobilisateurs, comme celui de notre cas à l'étude. La proximité entre les différents acteurs de la MRC aurait également fait une différence significative (O03), point qui sera traité dans la prochaine section.

3.1.5 Contexte politique

3.1.5.1 *Palier municipal*

La communauté à l'étude étant une MRC, elle ne se distingue pas des autres entités québécoises semblables par sa structure politique. Le conseil de la MRC Robert-Cliche regroupe les dix maires (n = 9) et mairesse (n = 1) du milieu et est présidé par un préfet pour une période de deux ans et assisté par un préfet suppléant élu pour un an (MRC Robert-Cliche, 2010). Jusqu'en novembre 2009, le préfet de la MRC était monsieur André Labbé, maire de St-Odilon-de-Cranbourne. Le préfet suppléant était monsieur Luc Provençal, maire de Beauceville.

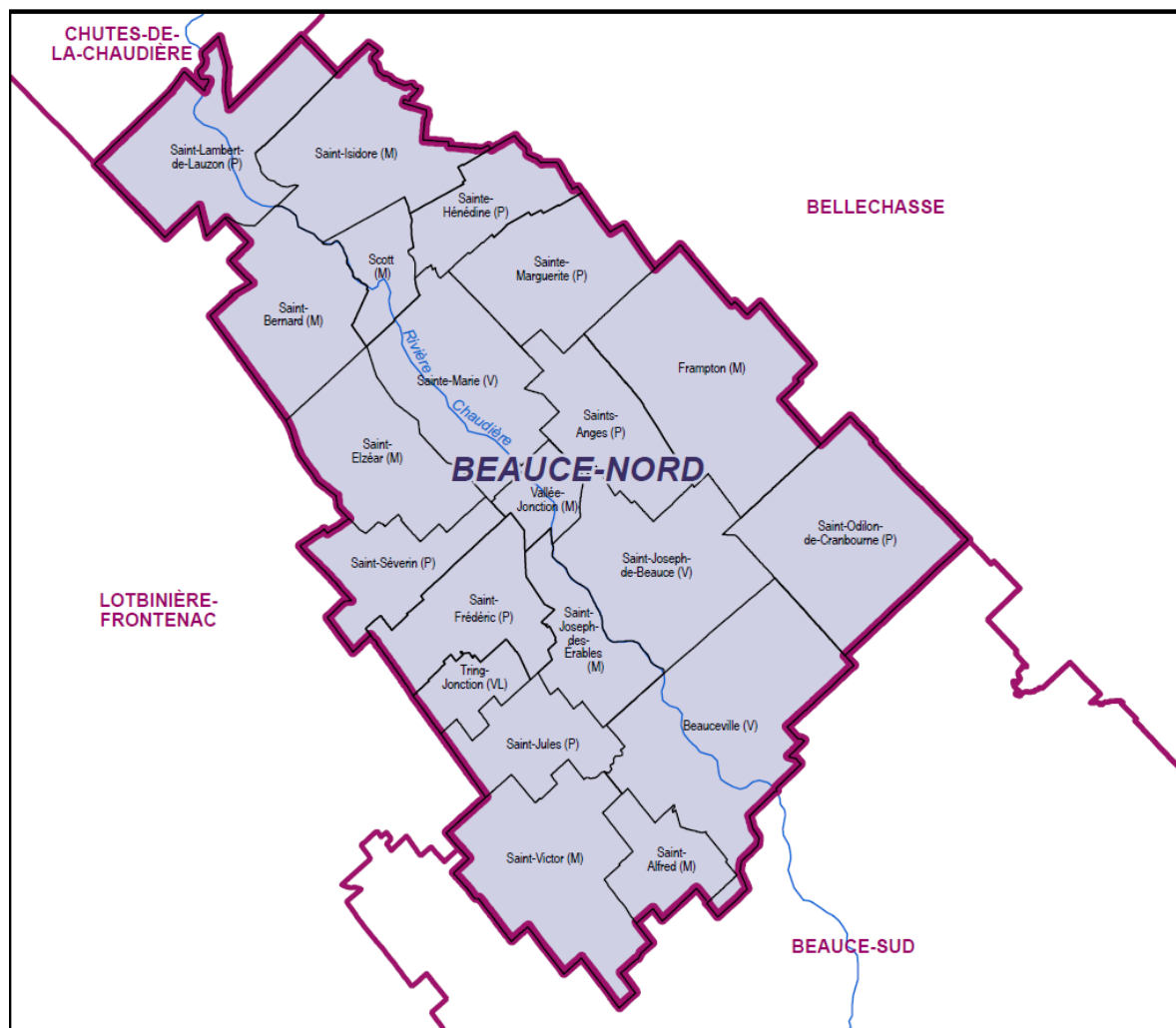
D'après une remarque qui revient régulièrement dans le discours des participants, il semble que la bonne entente règne généralement entre les membres du conseil. Tous s'efforcent de travailler ensemble pour le développement de la MRC. Étant de taille plutôt modeste (moins de 20 000 habitants), le Conseil des maires essaie d'éviter « l'esprit de clocher » (A01). Un autre participant corroborera cette remarque en signalant « [qu'] il y a une belle atmosphère de travail » (U01) lors des réunions.

3.1.5.2 Palier provincial et fédéral

La MRC Robert-Cliche est située dans la circonscription électorale de Beauce-Nord (Figure 5). Entre 2003 et 2012, la circonscription a été représentée par Janvier Grondin, député de l'action démocratique du Québec (ADQ), devenue Coalition avenir Québec (CAQ) en 2011. Il ne s'est pas représenté aux élections de 2012. Entre autres choses, M. Grondin a été auparavant maire de St-Jules (1993 à 2003), président du CLSC Beauce-Centre (1995-1996) et président du CLD Robert-Cliche. Il a été d'une aide importante dans le dossier de la CSRC, comme nous le verrons plus loin.

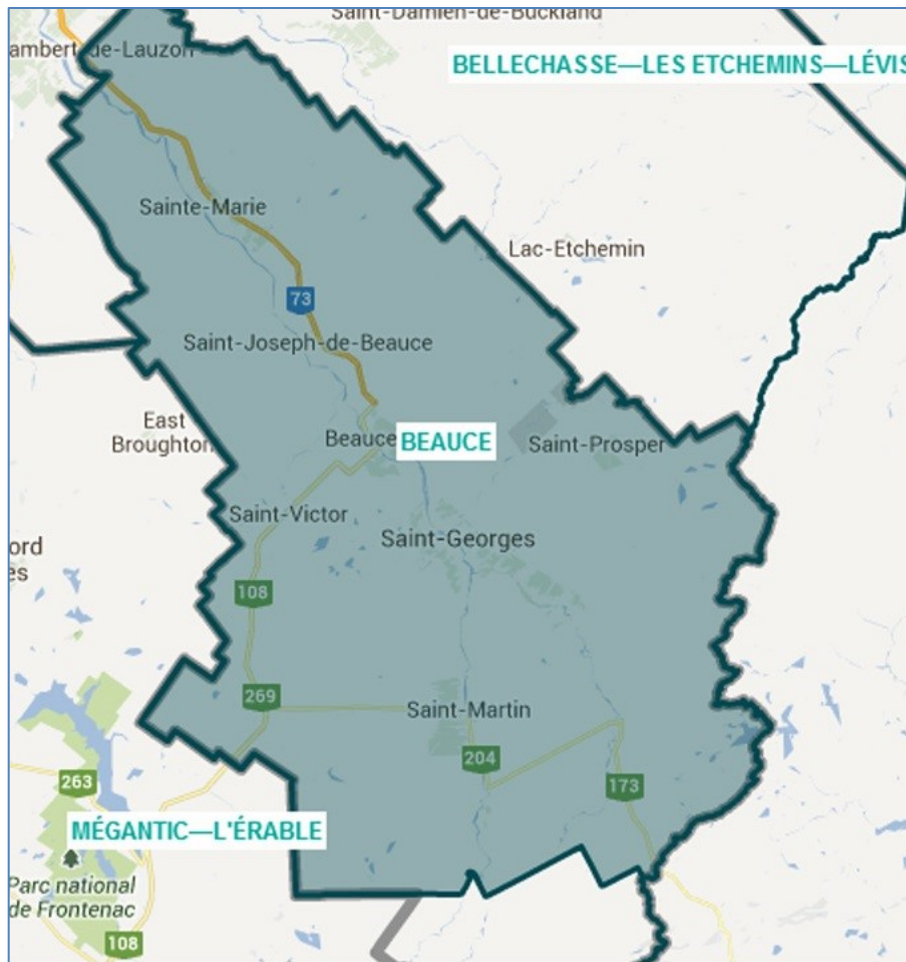
Au niveau fédéral, la communauté à l'étude est comprise dans la circonscription de la Beauce et comprend en entier la MRC Robert-Cliche et la MRC Beauce-Sartigan, la quasi-totalité de la MRC de la nouvelle-Beauce ainsi que des petites parties des MRC du Granit et Etchemin (Figure 6). Pour la période étudiée, c'est le député Maxime Bernier (Parti conservateur du Canada) qui a été élu, remplaçant son vis-à-vis libéral, Claude Drouin qui ne s'est pas représenté. À notre connaissance, le palier fédéral et son représentant n'ont pas joué un rôle prépondérant dans le démarrage de la CSRC, du moins pas à la hauteur de l'implication du député provincial. Le soutien, surtout financier, viendra plus tard, une fois les activités de la coopérative bien entamées.

Figure 5 Circonscription provinciale de Beauce-Nord



Source : Directeur général des élections (2014)

Figure 6 Circonscription fédérale de la Beauce



Adapté de : En Beauce.com¹⁰⁵ (2013)

¹⁰⁵ Disponible au :

<http://www.enbeauce.com/upload/www.enbeauce.com/evenements/2013/8/102895/redecoupage-elections-federales-circonscriptions-carte-electorale.jpg>

Certains participants nous ont parlé des « habitudes politiques » de leur communauté et deux traits particuliers ont le plus souvent été portés à notre attention. D’abord et peu importe le palier, la MRC Robert-Cliche - tout comme le reste de la Beauce, semble-t-il – serait plus portée à voter « à droite » (O03). Un bref survol des résultats électoraux nous confirme effectivement cette tendance où dans la quasi-totalité des élections depuis 1973, ce sont des députés libéraux, créditistes/conservateurs, adéquistes/caquistes qui ont été élus à tous les niveaux (Directeur Général des élections, 2014; Parlement du Canada, 2014).

Deuxièmement, et cela a été porté à notre attention de manière plutôt ironique, il semble que les gens de la communauté ne parviennent jamais à faire élire un député provincial qui soit dans le parti au pouvoir¹⁰⁶. L’un d’entre-eux résumera cette impression ainsi : « On est toujours à l’envers de tout le monde [...] Exemple, si le gouvernement est fédéral, ici on rentre provincial, ADQ, on rentre toujours à l’envers » (U06). Un autre participant expliquera cette situation récurrente par ceci : « tu sais, nous autres, ça ne vote pas pour le parti, ça vote tout le temps pour l’individu » (E02). Toujours est-il que cette situation laisse dans la bouche des gens un goût amer, n’attendant rien des

¹⁰⁶ Curieuse, nous avons été vérifier cette affirmation à partir des résultats électoraux sur le site du Directeur général des élections et nous pouvons effectivement confirmer que cette tendance n’est pas juste une impression, mais bien un fait, du moins pour les données disponibles depuis 1973 (Directeur Général des élections, 2014).

gouvernements, on a coutume de dire dans la MRC « [qu'] il faut apprendre à se débrouiller tout seul » (U06).

3.1.6 Leadership dans la communauté

Lors de notre présence sur le terrain, nous avons été à même de constater la manière dont se construit le leadership dans la communauté. Concrètement, il se réalise surtout à travers de ce que certains nomment des « entrepreneurs sociaux » (P03), c'est-à-dire des individus qui représentent des organisations publiques ou privées et qui se dévouent au développement de la communauté de façon officielle ou bénévole. Un participant précise : « chaque projet à caractère collectif de cette ampleur-là [la coopérative santé] ne peut exister, selon moi, dans le milieu de la MRC Robert-Cliche que dans la mesure où ce sont les gens de notoriété [qui y sont associés] » (O03). C'est ainsi qu'il est nécessaire, selon cet informateur, de consulter, d'informer ou d'impliquer directement le préfet et le directeur général de la MRC, le CLD, la direction du Centre local d'emploi (CLE), la direction ou direction adjointe du CSSS de Beauce, les présidents des chambres de commerces des municipalités visées par le projet (si applicable) et, selon le type de projet, la Corporation de développement communautaire (CDC) de Beauce-Etchemin, la direction de la Commission scolaire ou les Caisses Desjardins du Sud de la Chaudière. Dans les grandes lignes, ce point de vue concorde effectivement à ce que

nous avons pu voir sur le terrain. Plus particulièrement, nous avons été à même d’observer le rôle de trois acteurs principaux : le préfet de la MRC, le CLD et le répondant des cinq points de services des Caisses Desjardins locales.

Dans la MRC Robert-Cliche, le préfet est l’interlocuteur principal pour tout ce qui touche aux affaires municipales. Il peut servir d’entremetteur, de facilitateur ou de rassembleur dans le cadre d’affaires concernant l’ensemble de la MRC. Lorsque les municipalités veulent parler d’une seule voix, particulièrement pour s’adresser à des intérêts à l’extérieur de la communauté, c’est le préfet qui est mis de l’avant. Dans tous les cas, le préfet reste près des maires des municipalités, mais aussi de la population générale où il est connu et apprécié (O03, U01).

Le rôle du CLD¹⁰⁷ est très important et particulièrement « vénéré auprès des gens d’affaires » (U07) de la MRC. Ce dernier s’implique dans tout projet de développement, même ceux de nature plus sociale ou communautaire. Si la vocation des CLD à travers le Québec comprend cet aspect de développement « socioéconomique », il semble que cela

¹⁰⁷ Contrairement à bien d’autre, le CLD Robert-cliche a survécu aux mesures d’austérité du gouvernement Couillard. Le gouvernement a en effet accepté que la MRC délègue son développement à cette organisation. De plus, considérant la baisse de financement de 750 000\$ inhérente à l’application de la Loi 28 (Québec, 2015), ce CLD, ainsi que celui de Nouvelle-Beauce et le Conseil économique de Beauce (CEB) ont procédé à un rapprochement économique afin de mettre en commun leur expertise et certaines de leurs ressources. Dans l’immédiat, on ne parle pas à proprement parler de fusion puisque chaque organisation conserve son autonomie financière (Cloutier, 2015; Trepanier, 2016)

soit une véritable culture dans celui de la MRC Robert-Cliche. Cela proviendrait notamment de l'influence passée de certaines personnes issues du milieu communautaire qui ont su tisser des ponts entre ce qui était auparavant « des univers parallèles » (O03). Cette reconnaissance de l'organisation est énormément tributaire des personnes qui y travaillent. En général, on considère que le directeur du CLD et les agents de développement jouissent de la confiance des acteurs locaux de développement, mais aussi d'une bonne partie de la population générale (O03, U01, U09,).

En ce qui concerne le répondant des Caisses Desjardins du Sud de la Chaudière, nous avons pu constater que ce n'est pas tant la fonction de représentant que la personnalité publique en tant que telle qui est connue et respectée dans la MRC. Certes, par sa position d'ancien vice-président du conseil d'administration (CA) des Caisses Desjardins régionales, et celle actuelle d'administrateur du même CA, il est à même de mener ou d'influencer plus facilement des projets collectifs et de faciliter l'implication du Mouvement Desjardins dans les projets, mais il semble également que ses expériences de travail antérieures dans le monde scolaire (enseignement et direction) lui ont valu une réputation solide dans l'ensemble du milieu. Un répondant dira qu'il fait partie de ces « gens éprouvés dans leur milieu, leaders depuis longtemps dans leur milieu, sans trop faire de bruit » (U02). Un autre renchérira en soulignant qu'« à peu près tout le monde le connaît » (U03).

3.1.7 Services de santé de proximité

Entre 2004 et 2015, la MRC Robert-Cliche faisait partie, avec la MRC voisine de Beauce-Sartigan, du territoire sociosanitaire de la Beauce et dont le nom abrégé était « CSSS de Beauce » (CSSSB). Le CSSSB était au centre du réseau local de services (RLS) qui desservait un bassin de population d'environ 70 000 personnes, dont la majorité (environ 50 000 personnes) demeurait dans la MRC Beauce-Sartigan (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2012). Les valeurs identitaires du CSSSB étaient « qualité » « accessibilité » et « *empowerment* » et le credo était « avec vous, pour bâtir ensemble une communauté responsable de sa santé » (CSSSB, 2007, p. 5).

3.1.7.1 *Le RLS du CSSS de Beauce*

Avant la mise en place de la coopérative de santé Robert-Cliche, le RLS comportait un total de neuf installations dirigées par le CSSSB et qui se partageaient trois grandes missions : un centre hospitalier (CH), un CLSC avec cinq points de services et un CHSLD public répartis en 3 installations (CSSSB, 2007). En ce qui concerne les autres partenaires du RLS, on dénombrait alors un GMF, 26 pharmacies communautaires, 23 cliniques, un CHSLD privé conventionné et 31 organismes communautaires subventionnés (CSSSB,

2007)¹⁰⁸. Considérant l'écart de population entre notre communauté à l'étude et la MRC Beauce-Sartigan, le Tableau 9 nous permet de constater que la grande majorité des ressources étaient situées dans cette dernière MRC.

Précisons qu'il y avait anciennement un hôpital dans la MRC Robert-Cliche, l'hôpital St-Joseph¹⁰⁹, situé dans la municipalité de Beauceville. Ce dernier, avec les différentes réformes de la santé, a graduellement délaissé ses services au profit de l'hôpital de St-Georges de Beauce, pour être finalement fusionné avec ce dernier en 1996. C'est ainsi que le bâtiment a été reconverti en CHSLD avec un point de service CLSC et plusieurs bureaux administratifs. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, cet immeuble héberge également la Coopérative de santé Robert-Cliche.

¹⁰⁸ Notons que, comme dans la plupart des RLS de la province, celui de Beauce contenait également des Centres de réadaptation (physique, intellectuelle, dépendances, etc.), des ressources d'hébergement pour personnes âgées et un Centre jeunesse. Par contre, et peut-être en raison de la période de temps qui s'est écoulée depuis, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des données précises sur leur nombre ou leur répartition entre les deux MRC. Aussi nous avons préféré les omettre du Tableau 9 puisqu'elles sont de toute façon peu en lien avec notre objet d'étude.

¹⁰⁹ Source : <http://www.patrimoine-beauceville.ca/l-hopital-st-joseph>

Tableau 9 Répartition des acteurs sur le territoire du RLS de Beauce

Acteurs du RLS	MRC Robert-Cliche	MRC Beauce-Sartigan	Total
CH	0	1	1
CLSC	2	3	5
CHSLD public	1	2	3
CHSLD privé	0	1	1
GMF	0	1	1
Pharmacie	7	19	26
Cabinet	6	17	23
Organisme communautaire subventionné	5	26	31
Total :	21	70	91

Source : Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2012

3.1.7.2 Services médicaux

Dans Robert-Cliche, les services médicaux courants¹¹⁰ sont offerts par le biais des cabinets de médecins. Or, le tableau précédent démontre que la majorité des cliniques du RLS de Beauce étaient situées dans la MRC de Beauce-Sartigan. Cette réalité s'est nécessairement répercutée sur le nombre de médecins pratiquant dans la MRC Robert-

¹¹⁰ Il est possible de consulter un médecin dans les points de service CLSC, mais seulement pour des services spécifiques tels la santé sexuelle ou la jeunesse. Les services courants en établissements sont uniquement dispensés au centre hospitalier, dans la MRC voisine.

Cliche. En 2007-2008, il y a 12,3 médecins (équivalence à temps plein¹¹¹) dans la MRC Robert-Cliche, contre 67,2 pour Beauce-Sartigan. On sait également qu'une garde médicale a été instaurée dans les années 2000 à Beauceville (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2005) mais que faute d'effectifs suffisants, elle est devenue graduellement incapable de remplir son rôle d'offrir des services médicaux 24 heures sur 24 (A02).

Cet écart dans la répartition des médecins était évidemment au désavantage de Robert-Cliche. Un rapide calcul effectué par le CLD révèle que les effectifs médicaux étaient alors capables d'assurer les soins pour seulement 60 % de la population de la communauté. Afin de combler l'écart, 18,2 médecins auraient été nécessaires, soit environ six médecins de plus. Notons enfin que 55 % des médecins alors en pratique avaient plus de 30 années d'expérience de travail, ce qui fait en sorte qu'environ la moitié d'entre eux prévoyait un départ à la retraite dans un horizon de cinq ans (Allaire, 2010).

Les données précédentes laissent entrevoir un problème d'accès à un médecin de famille, ce qui sera traité ultérieurement. Dans l'intervalle, et pour compléter le portrait

¹¹¹ Au Canada, l'offre de services médicaux en omnipratique est évaluée en « équivalent à temps plein » (ETP), c'est-à-dire les médecins dont le salaire (paiement à l'acte) est situé entre le 40^e et 60^e centile de la distribution des revenus des médecins. En 2010-2011, le 40^e centile correspondait à 169 147 \$ et le 60^e centile à 215 864 \$ (Paré, 2013b)

de la MRC Robert-Cliche, il nous reste à explorer les différents indices de développement de la communauté afin de mieux aborder les difficultés de la MRC Robert-Cliche.

3.1.8 Les différents indices de développement de la communauté

Pour avoir une vision plus globale de la communauté, on peut s'attarder à trois indices de développement qui permettent, dans une certaine mesure, de juger de « l'état de santé » d'une communauté. Plus spécifiquement, on aura recours à trois indices, soit l'indice de défavorisation matérielle et sociale de l'INSPQ (Pampalon et coll., 2012), l'Indice global de développement élaboré par le MAMROT (2006b) et la typologie exploratoire de caractérisation des communautés locales de l'INSPQ (2014).

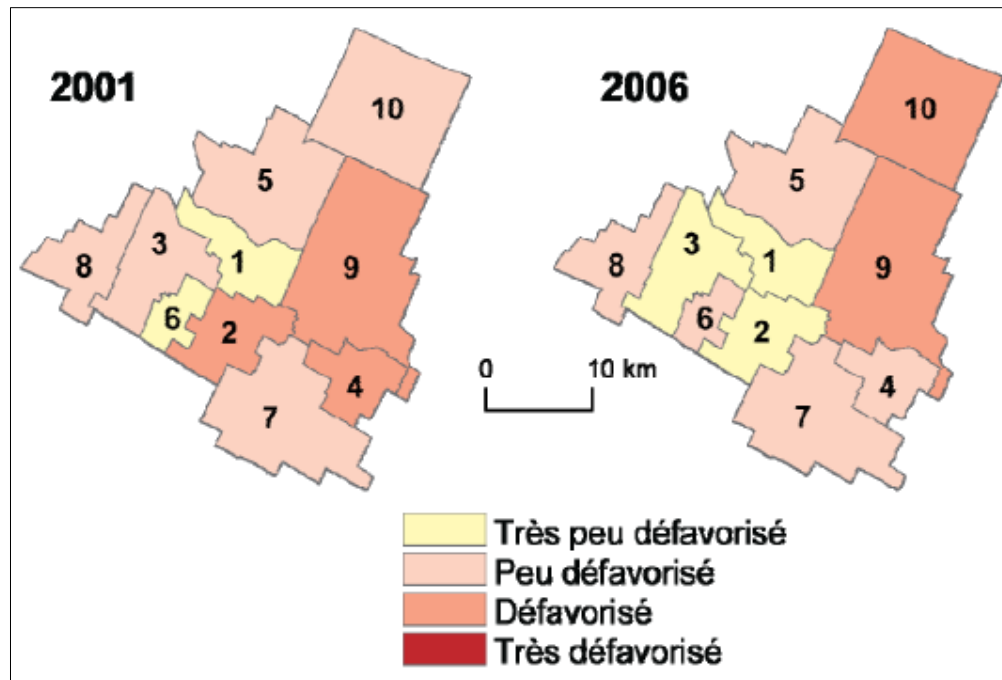
3.1.8.1 *Indice de défavorisation matérielle et sociale*

Selon l'Indice de défavorisation matérielle et sociale¹¹², la MRC Robert-Cliche est en 2006 la 5^e position sur les 10 MRC de la région, ce qui constitue une détérioration par rapport à 2001 (7^{ème} rang). La cartographie révèle que cette défavorisation est surtout concentrée à Beauceville et St-Odilon-de-Cranbourne en raison de la plus forte présence

¹¹² L'indice de défavorisation a été élaboré à partir du pourcentage de ménage à faible revenu, de famille monoparentale, du taux de chômage et du niveau de scolarité des 24 à 65 ans. Il constitue l'une des mesures de la pauvreté, mais ne doit pas uniquement être réduit à cela (Pampalon et coll., 2012)

de personnes avec un faible niveau de scolarité, des familles monoparentales et du taux de chômage plus élevé (Figure 7).

Figure 7 Cartographie de la défavorisation matérielle et sociale dans la MRC Robert-Cliche



Légende : 1) St-Joseph des Érables, 2) St-Jules, 3) St-Frédéric, 4) St-Alfred, 5) St-Joseph de Beauce, 6) Tring-Jonction, 7) St-Victor, 8) St-Séverin, 9) Beauceville (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012, p. 22)

À l'opposé, la figure précédente nous indique que les municipalités de St-Joseph-des-Érables, St-Jules et St-Frédéric regroupaient un plus grand nombre de personnes « très peu défavorisées » (Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches, 2012).

3.1.8.2 Indice global de développement

Nous savons que le MDEIE a identifié la MRC Robert-Cliche comme l'une des vingt MRC situées dans une région centrale et ayant des difficultés de restructuration et qui, en conséquence, bénéficient d'un suivi et d'un soutien accru (Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche, 2009). L'indice de développement vient soutenir cette vision, du moins selon les sept variables sociodémographiques¹¹³ qui le composent. Dans le cas de la MRC Robert-Cliche, on remarque au Tableau 10 que pour 2006, aucune municipalité n'est considérée comme dévitalisée, ce qui constitue, semble-t-il, une amélioration par rapport à 1996 et 2001 où respectivement quatre et une localités étaient jugées « en restructuration ». Sur ce point, la communauté à l'étude semble être sur une pente ascendante, grâce notamment à la stabilisation de son déficit démographique. L'augmentation du nombre de personnes avec un diplôme, même s'il est largement en dessous de la moyenne québécoise et surtout, de la baisse historique du taux de chômage à la fin des années 1990 et au début des années 2000 constituent également des facteurs favorables. Selon cet indice, donc, la MRC Robert-Cliche continue à être dans une situation préoccupante, mais elle n'est plus aussi difficile qu'il y a 10 ans.

¹¹³ Les variables sont : le taux d'évolution de la population de 2001 à 2006, le taux de chômage, le taux d'emploi de la population de 15 ans et plus, le pourcentage des revenus provenant des transferts gouvernementaux, la proportion des ménages à faible revenu; le revenu moyen des ménages et le pourcentage de la population de 15 ans et sans diplôme secondaire. Après calcul, un résultat inférieur à -5,0 correspond à un territoire dévitalisé (MAMROT, 2006a).

Tableau 10 Indice global de développement de la MRC Robert-Cliche (2001 et 2006)

Nom géographique	Indice de développement 2006	Indice de développement 2001	Indice de développement 1996
Saint-Séverin	0,06	-2,65	-6,37
Saint-Odilon-de-Cranbourne	0,86	1,95	1,53
Saint-Jules	1,03	0,30	-3,24
Beauceville	1,85	1,62	-1,29
Tring-Jonction	2,15	3,12	0,16
Saint-Frédéric	2,74	2,02	1,24
Saint-Victor	3,06	2,10	1,44
Saint-Joseph-de-Beauce	3,68	3,43	3,14
Saint-Joseph-des-Érables	4,63	6,75	1,71
Saint-Alfred	5,09	2,15	-1,09

Tiré de : Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches (2012, p. 25)

3.1.8.3 Caractérisation des communautés locales

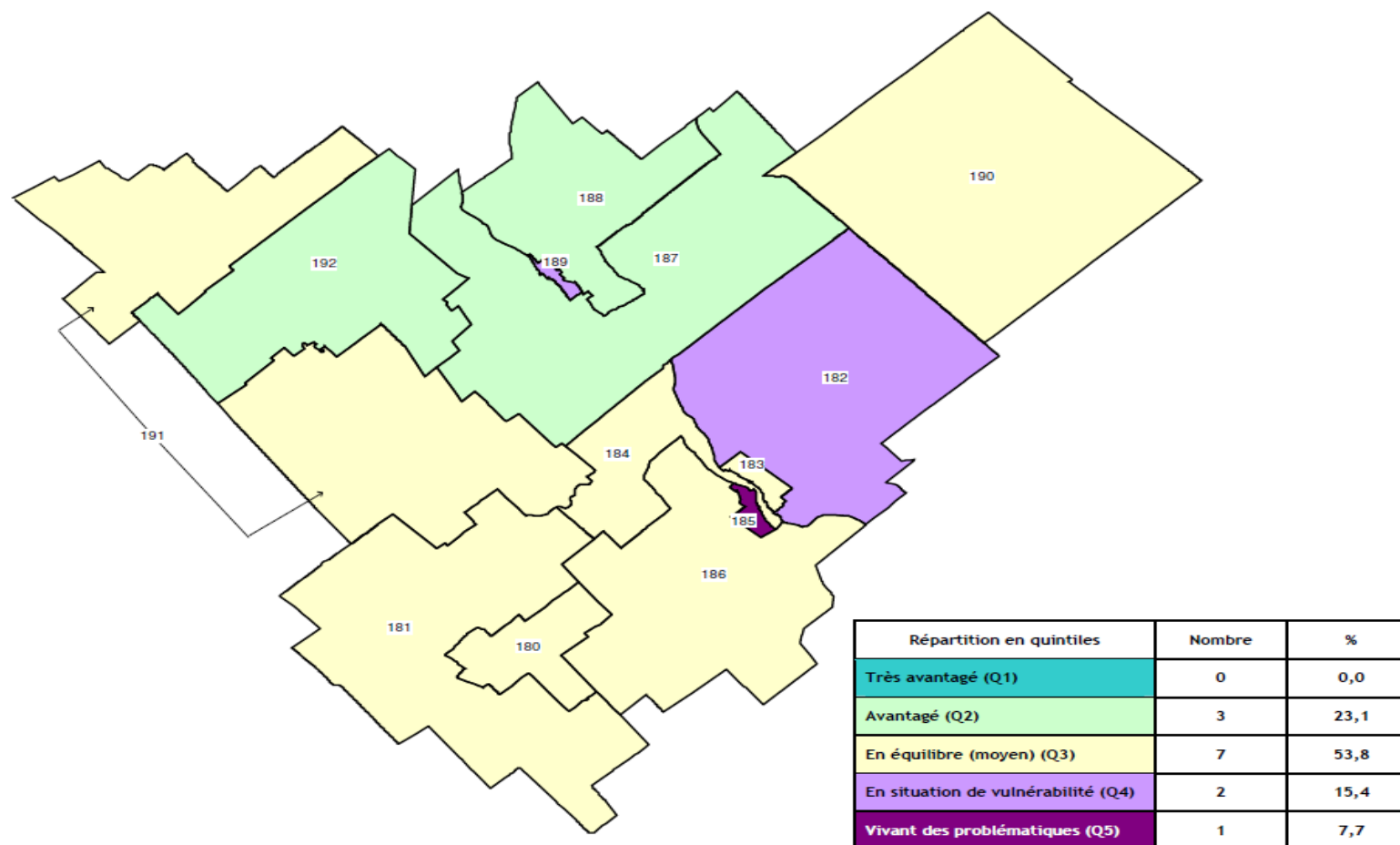
Pour sa part, la typologie exploratoire des communautés locales de l'INSPQ (2014) est composée de 21 variables,¹¹⁴ dont celle de l'indice de défavorisation matérielle et sociale précédemment exposé. À partir de ces travaux, 13 communautés locales¹¹⁵ ont d'abord été identifiées dans la MRC Robert-Cliche : St-Victor centre (#180), St-Victor

¹¹⁴ Les 21 variables sont : la population totale, la population de plus de 15 ans, nombre de jeunes 0-17 ans, le nombre de personnes âgées, le nombre de famille, le taux d'accroissement 2001-2006, la proportion d'inoccupation, de personnes sous-scolarisées, le revenu personnel moyen, proportion de personnes seules, proportion de personnes séparées/divorcées/veuves, proportion de famille monoparentale, l'indice de défavorisation matérielle et sociale, le taux de mortalité, le taux de morbidité, le taux de signalement à la DPJ, le taux de EHDA, la mobilité, le nombre de propriétaires résidents et le taux de participation aux élections provinciales (INSPQ, 2014).

¹¹⁵ Selon L'Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches (qui n'existe d'ailleurs plus aujourd'hui), une communauté locale est « un petit territoire d'appartenance, où les gens se rencontrent, se connaissent ou partagent certaines affinités. Il s'agit donc d'un *territoire vécu* relativement homogène au plan humain et géographique » (Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 2009, p. 9)

périphérie (#181), Beauceville périphérie nord-est (#182), Beauceville centre nord-est (#183), Beauceville centre (#184), Beauceville centre ouest (#185), Beauceville périphérie sud-ouest / Saint-Alfred (#186), Saint-Joseph périphérie sud-est / Saint-Joseph-des-Érables (#187), Saint-Joseph périphérie nord (#188), Saint-Joseph centre (#189), Saint-Odilon-de-Cranbourne (#190), Tring-Jonction / Saint-Séverin / Saint-Jules (#191) et Saint-Frédéric (#192). En second lieu, ces milieux ont été répartis dans des quintiles allant de « très avantage » (Q1) à « vivant des problématiques » (Q5) à partir des calculs réalisés selon les variables retenues (Figure 8). Il semble que pour le cas de la MRC Robert-Cliche, il n'y a aucune communauté « très avantage » (Q1) et une seule communauté « vivant des problématiques » (Q5). La Figure 8 nous apprend également que les trois communautés qui vivent le plus de difficultés (#182, #185, #189) comptent pour 26,9 % de la population totale de la MRC. Pour le reste, les communautés locales sont « en équilibre » (Q3), ce qui donne un portrait global de la défavorisation plutôt moyen. Notons que la MRC est celle qui comporte le plus de communautés locales dans le troisième quintile de toute la Chaudière-Appalaches, ce qui peut être perçu comme un signe favorable quand on compare au niveau régional (Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche, 2011).

Figure 8 Caractérisation des 13 communautés locales de la MRC Robert-Cliche en 2008



Adapté de : Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches (2009, p. 21)

3.1.9 En résumé

La population de la MRC Robert-Cliche est une population fière et très attachée à l'action autonome. L'un des proverbes les plus souvent rencontrés dans la communauté, « si on ne s'arrange pas, c'est les autres qui vont nous arranger » témoigne de cette volonté d'agir selon ses propres choix et besoin. On pourra dire que la tradition politique du milieu, habitué à voter pour la personne et non pour le parti au pouvoir est une autre facette de ce trait de caractère, puisqu'on cherche avant tout à faire élire la meilleure personne afin de maintenir une porte ouverte au gouvernement (Palard, 2009). L'élite locale, connue et respectée par la grande majorité de la population, est une grande habituée du travail en réseau et n'hésite pas à s'impliquer afin de mener à terme un projet local. Malgré toutes ces qualités, la MRC Robert-Cliche comporte aussi sa part de difficultés, comme en témoignent les trois indices de développement présentés.

D'abord, sa position géographique centrale dans la région, mais périphérique des grands pôles urbains fait en sorte qu'elle peine à retenir ou attirer les familles sur son territoire. Comme le soulignera un participant, « ici, tout s'en va au nord ou au sud [...] on est victime de notre proximité » (U01). D'autres difficultés propres au milieu ont été relevées. Entre autres choses, le taux de suicide élevé et les signalements nombreux à la

DPI ont été notés par les participants ou dans les sources de données écrites. On sait également que la desserte en SPL est déficiente, particulièrement en regard du nombre de médecins de famille. Plusieurs des ressources du RLS sont situées à St-Georges de Beauce, dans la MRC voisine (Beauce-Sartigan), ce qui est indisposant et préoccupant pour les personnes les moins mobiles de la communauté (personnes âgées, jeunes familles, familles défavorisées, etc.)

Il y a aussi la question du faible niveau de scolarité, tant chez les hommes que chez les femmes, qui fait en sorte que malgré un taux de chômage plus bas que la moyenne provinciale, les revenus personnels sont au final peu élevés. Pour boucler les fins de mois « les travailleurs accumulent deux emplois, peut-être même trois » (O02), ce qui n'est pas sans impacts sur la vie personnelle, familiale et sociale. Une fois les comptes payés, il y a peu (ou pas) de surplus. Comme nous l'a fait remarquer l'un des participants, l'ensemble de ces problèmes conjugués peut conduire à des situations dramatiques :

« Ici, le niveau de scolarité, il est plus bas que la moyenne provinciale [...]. Je me dis que les deux parents qui travaillent 12 heures [par jour] à 13-14\$ dollars de l'heure dans les « shops » puis que, s'ils partent [pour voir un médecin dans la MRC voisine], ils freinent la production, puis ils sont coupés quatre heures sur leur paie. À la fin du mois, ça ne balance plus. Peut-être que tu vas pagner les nerfs, puis être méchant avec les enfants, puis peut-être que tu vas être découragé [...] être de ceux qui arrivent au désespoir à la fin du mois. [...] Parce qu'ici, dans la région, on est des grands gagnants au niveau du suicide » (A02).

Sur le plan strictement plus économique, on sait que la base de l'économie de la MRC, soit le bois, le textile et l'imprimerie, a été mise à mal par les grands changements économiques mondiaux des dernières décennies. L'adaptation à ces bouleversements est d'autant plus difficile que la MRC ne semble pas plaire aux travailleurs spécialisés et à leur famille. Pour plusieurs, c'est l'offre de services de proximité qui est le nœud du problème : « Si on n'assure pas des services de proximité, des services minimums pour la population, le problème va s'amplifier au niveau de la pénurie de la main-d'œuvre [spécialisée] » (A04). Les services de proximité sont particulièrement prisés par les jeunes familles, en bref, tout ce qui peut procurer « une bonne qualité de vie » (E02). Plus particulièrement ceux relatifs à la santé qui ont le plus souvent été nommés: « Un jeune couple qui sait qu'il n'y a pas de médecins de famille et qu'il doit aller attendre au CSSS [de St-Georges de Beauce], eh bien il est moins tenté [de s'installer dans la MRC] (A01).

D'un côté comme de l'autre, les participants à notre étude ont mentionné que le cœur du problème réside dans l'accès aux médecins de famille. Afin de bien comprendre comment cette réalité a pu conduire la communauté à ne plus être en mesure de choisir selon ses propres choix et besoins, il nous faudra creuser cette piste un peu plus.

3.2 Le problème des SPL en Robert-Cliche

Nous avons déjà arrêté au premier chapitre que la difficulté d'accès à un médecin de famille (services de première ligne - SPL) influence le développement social des individus, mais aussi le développement de la communauté dans son ensemble. En ce sens, le portrait décrit dans la section précédente n'est pas très étonnant. Ce qui importe maintenant, c'est de bien le comprendre et de décrire le processus qui a mené la MRC Robert-Cliche à la situation qu'on lui connaît en déconstruisant minutieusement le problème identifié par les participants, c'est-à-dire la difficulté d'accès à un médecin de famille.

3.2.1 Des médecins trop peu nombreux et suffisamment disponibles

En Robert-Cliche, lorsque l'on veut consulter un médecin pour un problème courant, il faut passer par un cabinet de médecin. Les services en établissements, rappelons-le, concernent uniquement des services et clientèles spécifiques. Selon les participants, le problème d'accès à un médecin de famille en Robert-Cliche prend ainsi trois couleurs distinctes. Le problème le plus souvent nommé est celui de l'accès simple, c'est-à-dire la

possibilité d'avoir un rendez-vous chez son médecin. Ceci est directement en lien avec le manque de médecins dans la communauté. En nombre insuffisant, les agendas de ces derniers se remplissent rapidement. Plusieurs personnes ont fait état de rendez-vous qui étaient planifiés pour quelques semaines, voire un ou deux mois plus tard, ce qui est souvent incompatible avec les problèmes de santé à l'origine de la demande consultation : « Pour un bébé avec un rhume, c'est 15 jours, un mois. Mais, un rhume, ça ne dure pas 15 jours! » (A01). Les gens doivent alors se rendre à l'urgence de l'hôpital ou les cliniques de sans rendez-vous dans la MRC voisine, principalement à St-Georges de Beauce. On ajoute à cette difficulté l'absence presque complète de période de « sans rendez-vous » dans les cliniques de Robert-Cliche. Seuls quelques jours par semaines demeurent encore disponibles, mais « les gens doivent se présenter très tôt [à la porte] » (U03), souvent avec un résultat moins que substantiel.

La deuxième facette de ce problème d'accès est celle de la possibilité de consulter son médecin à des heures dites défavorables (les soirs et les fins de semaine). Or, dans la MRC Robert-Cliche, on constate que les heures d'ouverture des cliniques sont de plus en plus restreintes. Ce dernier problème est en lien avec le manque d'effectifs médicaux dans la MRC, mais aussi au vieillissement du corps médical : « passé cinq heures ici ou la fin de semaine, il n'y a plus de médecins [...] tu sais, on les comprend un peu, rendus proches de la soixantaine, d'ouvrir les soirs ou les fins de semaine (E01). Pour les jeunes

familles et les travailleurs, ces plages horaires sont essentielles considérant leur horaire de temps plus rigides : « Quand on est travailleur ici, c'est beaucoup un milieu qui est constitué d'entreprises manufacturières, donc manquer le boulot quand on est sur une chaîne de production, pas évident d'être libéré pour consulter un médecin de famille » (P03). Ainsi, selon certains observateurs il semble que seuls les « gens avec plus de temps [libre] dans leur vie » (P02) peuvent avoir accès aux rares services offerts.

Enfin, la dernière facette de ce problème concerne particulièrement les personnes qui viennent (ou veulent) s'établir dans la MRC Robert-Cliche. Pour ces derniers, la possibilité de se trouver un médecin de famille dans la communauté est pratiquement impossible : « On fournissait tant bien que mal à la demande, mais c'était limite [...], mais je ne pouvais pas prendre de nouveaux patients » (P01). Vision partagée dans la communauté où l'une des seules possibilités de se trouver un médecin de famille ne serait applicable qu'aux femmes : « je me suis fait dire que la seule façon de me trouver un médecin, c'est de tomber enceinte » (U05). Cette situation est elle aussi en lien avec le vieillissement des effectifs médicaux, car ceux plus proches de leur retraite répugnent à prendre de nouveaux patients lorsqu'ils savent qu'ils devront les abandonner quelque temps plus tard : « je n'en ai pas pour dix ans, moi. Laisser 2000 patients orphelins...c'est déjà dur » (P02).

C'est ainsi que dans la MRC Robert-Cliche le problème d'accès aux SPL est multidimensionnel. Trop peu de médecins pour les besoins qui sont présents dans la communauté, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner. Ceci étant dit, et c'est ce qui frappe particulièrement dans ce domaine, c'est que ce problème n'est pas récent. En effet, quelques participants et sources écrites nous apprennent que cette pénurie dure depuis près de 20 ans. En effet, depuis 1994, aucun nouveau médecin n'est venu s'installer dans la MRC Robert-Cliche. Qu'est-ce qui explique cette situation? Puisque, en la matière, les mécanismes de répartition des ressources médicales (PREM) pour les régions périphériques jouent un grand rôle, il faut peut-être aller voir de ce côté avant d'explorer plus loin sur les causes qui entretiennent ces difficultés d'accès aux SPL.

3.2.2 Un PREM mal adapté et inéquitable

La Chaudière-Appalaches n'est pas considérée comme une région éloignée ou isolée selon les critères du MSSS. C'est ainsi que les médecins qui s'y établissent ne bénéficient pas de prime d'éloignement ou autres bourses d'installation comme c'est le cas, par exemple sur la Côte-Nord ou dans certains secteurs du Bas-St-Laurent (MSSS, 2006). Tout ce que pouvait faire l'Agence de santé régionale était de « négocier les postes pour l'ensemble de la région » (O01) par le biais des PREM. Selon les rapports consultés, il semble que le nombre de postes vacants pour les médecins a toujours été d'un ou deux

par année (CSSSB, 2006, 2007, 2008) et que ces derniers ont presque toujours été comblés à chaque fois. Ce faible nombre de postes ouverts fait d'ailleurs partie du problème, selon certains, car les possibilités de répartition des effectifs s'amenuisent alors :

« Avec les PREM, on ne pourra jamais avoir cinq médecins d'un coup [...] cette année, nous en aurons qu'un [...] il peut aller dans n'importe quel endroit, comme à Saint-Georges. » (A02)

C'est donc ce qui s'est passé depuis 1994. Les nouvelles recrues ont toutes systématiquement choisi de pratiquer dans la MRC voisine (Beauce-Sartigan) et non en Robert-Cliche. Rappelons ici que les PREM étaient octroyés par régions et ensuite, distribués dans les CSSS. Un médecin devait avoir un avis de conformité au PREM afin de travailler dans un CSSS en particulier, mais ses obligations en termes de lieu de pratique s'arrêtaient là. Or, les acteurs responsables du recrutement du CSSSB n'ont pu faire que le constat suivant :

« On aurait bien aimé que les gens aillent en périphérie de Saint-Georges et bon, on n'y est jamais arrivé. Les gens ne veulent pas s'installer loin du centre ou encore moins s'installer tout seuls dans un petit village ou une petite municipalité » (O01)

Ce dernier extrait nous permet de comprendre que le problème de la MRC Robert-Cliche n'était pas tant celui du recrutement de médecins – car ils étaient effectivement au rendez-vous à une échelle régionale - que celui de sa capacité à attirer les médecins sur son territoire. La nuance est mince, mais importante à faire afin de bien comprendre les difficultés du milieu à l'étude. À partir de ce point, notre souci principal est maintenant de comprendre les raisons qui expliquent la désertion des jeunes médecins de la MRC Robert-Cliche depuis 1994.

3.2.3 Un problème d'attraction des ressources médicales en Robert-Cliche

S'il est un fait qu'il faut comprendre dès le départ, c'est que les démarches de « séduction », c'est-à-dire, le fait d'approcher un médecin pour lui vanter les mérites de la pratique dans *tel* milieu, ne se fait pas (ou si peu) par les autorités sociosanitaires d'une région, mais bien par les médecins déjà en place. Les gestionnaires des CSSS font bien sûr leur propre publicité et peuvent mettre un certain nombre de mesures en place, mais de manière globale les contacts se font surtout entre collègues. Un participant explique le fonctionnement ainsi :

« Le recrutement de médecins se fait par des médecins [...] Ils se parlent, ils sont heureux, puis ils sont bien, puis la clinique est belle, puis il y a des bonnes conditions. Il y a un bel esprit d'équipe, oui, on va aller là [...] tout se fait de bouche à oreille. » (A03)

C'est donc de dire qu'une grande partie du poids du recrutement repose sur les épaules des médecins déjà en place...et de ce qu'ils ont à offrir. Dans Robert-Cliche, cela a ressorti clairement des entretiens de recherche, non pas pour rejeter la faute sur les médecins de la communauté, mais bien pour expliquer toute la difficulté de la démarche. Car en termes d'efforts, tout ce qui pouvait être fait par les médecins déjà en place semble avoir été fait. L'un d'eux l'explique en ces termes :

« Ça faisait des années qu'on rencontrait les jeunes, on voyait que ça ne plaisait pas, mais on ne savait pas quoi leur offrir. [...] Puis admettons qu'ils nous auraient dit « il faut s'informatiser », bien, on aurait essayé de le faire, mais en réalité, on n'avait pas le temps de rien [faire]. Le [médecin du] cabinet traditionnel, il a de la misère à recruter. » (P02)

On comprend de cet extrait deux éléments. D'abord, le recrutement de jeunes collègues est coûteux en termes de temps et de ressources pour des médecins qui œuvrent souvent seuls en cabinet. Déjà surchargés par les suivis en raison du manque d'effectif médical dans la communauté, on constate « [qu'] ils ne peuvent pas s'occuper du recrutement de nouveaux médecins. Ils n'ont pas le temps, pas la tête à ça » (A04). Pour rajouter à cette difficulté déjà importante, il semble que c'est la manière de

fonctionner des médecins déjà en place, soit celle de la pratique en cabinet de deux ou trois collègues, qui ait été à l'origine des difficultés de recrutement : « ce type d'organisation là, ça n'intéresse plus les jeunes docteurs » (O01). Comme nous le verrons dans les pages qui suivent, c'est la formation actuelle en médecine, la recherche d'un meilleur équilibre dans la vie professionnelle et personnelle et les exigences reliées à l'administration et la charge monétaire d'un cabinet qui sont les principaux facteurs responsables de cette situation.

3.2.3.1 Le cabinet traditionnel et la formation actuelle en médecine

De l'avis des participants de notre étude le plus au fait de ce problème (membre producteur, administrateur, organisation, élu), la fuite des jeunes médecins de la pratique en cabinet est un problème qui ne cesse de s'amplifier. Sous bien des aspects, et surtout au niveau organisationnel, la formation actuelle en médecine est plutôt éloignée de ce que leurs collègues plus expérimentés ont pu recevoir : « On sent de plus en plus que les jeunes médecins qui sortent de l'université veulent travailler en groupe, ils ne veulent pas s'isoler comme avant » (E03)

La formation actuelle a effectivement redéfini la place et la manière de fonctionner des médecins. Particulièrement, la question de travailler seul, sans collègues ou avec d'autres professionnels est particulièrement problématique : « le jeune médecin, il veut

être dans un groupe, tu sais, il a besoin d'être soutenu par d'autres types de professionnels » (O01). Un autre renchérit sur cette multidisciplinarité en expliquant :

« Les jeunes médecins sont encore plus formés en prévention [...] C'est toute la nouvelle façon de pratiquer la médecine en collaboration avec des infirmières, d'autres professionnels, comme une travailleuse sociale, une nutritionniste, une psychologue, l'inhalothérapie [...] les jeunes, ils ont appris à travailler en équipe, puis nous autres, les vieux, bien, on s'est adapté à travailler en équipe, puis on aime ça maintenant » (P02).

Effectivement, la formation actuelle, plus orientée vers la prévention et la promotion en santé demande le travail en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Cette approche requiert également plus de temps avec les patients vus en cabinet et cela tient particulièrement à cœur les jeunes médecins : « Je dois avoir la possibilité de mettre les choses...de faire les choses selon mon image de la pratique [médicale] » (P07).

Enfin, la question de l'informatisation des cliniques est aussi ressortie dans les entretiens de recherche, car les jeunes médecins ont été formés avec des outils à la fine pointe de la technologie. Un participant nous explique :

« Toutes les cliniques de la MRC Robert-Cliche fonctionnaient encore, par exemple pour la prise de rendez-vous, avec des gros pads [de papier], tu sais. Ça n'a pas de sens, tu n'attires pas des jeunes avec ça, ce n'est pas intéressant pour les finissants » (P06)

En sommes, pour toutes ces raisons, les jeunes médecins jugeaient les cabinets existants « pas tout à fait fonctionnels » (P07) et trop éloignés de leurs besoins en matière d'équipement et de soutien professionnel.

3.2.3.2 Le cabinet traditionnel et l'équilibre dans la vie professionnelle et personnelle

L'autre aspect du travail collaboratif nommé précédemment concerne le partage ou l'entraide dans les diverses tâches médicales ou administratives. Le soutien des pairs est évidemment sans prix dans les cas où « il y a un résultat [de laboratoire] qui les embêtent » (P06), mais pour les jeunes médecins, leur présence est aussi nécessaire pour une bonne raison :

« Comme jeunes médecins, on en a pour 15-20 ans, nous, à être obligés de faire de l'hôpital [...] quand je suis à l'hôpital, il faut s'organiser pour [qu'il y ait] quelqu'un qui puisse voir mes labos, [qu'] il y ait quelqu'un qui voit mes patients si c'est vraiment une urgence » (P07)

Peu importe les années d'expérience, le travail d'équipe permet à tous de souffler un peu. En effet, selon la perception de plusieurs « tu ne peux plus prendre de vacances,

si tu es tout seul » (P06). La nature du travail du médecin fait en sorte que certaines situations demandent des actions rapides et qui ne s'embarrassent pas des périodes de congé: « Quand il rentre, le résultat du cancer, même si tu es en vacances deux ou trois semaines, tu ne laisses pas poireauter le patient » (O01). On voit donc ici à quel point, la force du nombre est cruciale afin d'avoir un meilleur équilibre dans la vie professionnelle. Cela n'est pas sans avoir des répercussions sur la vie personnelle et les jeunes médecins sont particulièrement sensibles à cette qualité de vie :

« Okay, la médecine, mais la médecine à 90 heures par semaine, non. On garde de la place pour notre famille, on garde de la place pour les loisirs, puis on fait de la médecine après ou avant, mais en tout cas, on fait de la médecine équilibrée » (U02)

Cette recherche d'un meilleur équilibre est légitime selon les personnes interrogées, mais elle a aussi des répercussions sur l'organisation du travail et les besoins des médecins finissants : « Ils [les jeunes médecins] ne travaillent pas autant que les autres. C'est une autre façon de travailler, puis c'est bien correct [...] mais ça prend au moins deux jeunes pour faire la tâche d'un vieux médecin » (P02). Selon cette perspective, on comprend encore plus le besoin de travailler à plusieurs médecins dans un seul et même cabinet, car les premières années en médecine sont exigeantes et les méthodes de travail ont évolué vers une pratique moins axée sur la performance en termes de nombre de patients vus.

3.2.3.3 Le cabinet traditionnel et la charge monétaire et administrative

Le dernier grand aspect qui est ressorti des entretiens de recherche et qui explique l'impopularité des petits cabinets de médecins de la MRC Robert-Cliche auprès des recrues potentielles est celui de la charge monétaire et administrative reliée à la possession d'un cabinet de médecin, même en groupe. Assez rapidement, les acteurs responsables d'attirer les médecins vers Robert-Cliche ont dû se rendre à l'évidence : le modèle traditionnel où les médecins possèdent un local et l'administrent entièrement ne semble plus plaire aux jeunes » (P02).

Deux dimensions se dégagent de ce phénomène. D'abord, il y a les coûts engendrés par l'acquisition d'une clinique médicale qui peuvent être dispendieux pour un médecin qui commence sa carrière. Ne serait-ce que la location du local, qui demande un engagement à long terme:

« Parce que [dans] le modèle traditionnel, on est locataires du local. Ce sont des baux commerciaux, et tu sais, tu ne loues pas un local pour un an, deux ans. [...] C'est cinq ans pour avoir des aménagements locatifs, cinq ou dix ans » (P02).

Or, l'autre problème majeur des cabinets de la MRC est celui de leur désuétude au niveau informatique, tel que nommé précédemment. Certains médecins ont tâté le terrain auprès d'entreprises spécialisées dans le domaine afin d'évaluer les coûts d'une mise à niveau informatique. La réponse est plutôt décourageante, car les frais sont à partager entre tous les propriétaires du cabinet, jeunes recrues incluses :

« Je me souviens qu'ils demandaient 17 000\$, admettons. 17 000\$ en l'an 2000, fait que c'est quand même beaucoup d'argent. Tu sais, tu ne peux pas, pour un jeune, lui mettre une charge financière trop grande [en début de carrière] » (P02).

C'est ainsi que ces frais administratifs, plus élevés dans les cabinets de la communauté à l'étude, font partie des éléments qui désavantagent la MRC face à celle de Beauce-Sartigan. Et encore, nous n'avons pas abordé les frais liés au paiement du personnel (secrétaire médicale, agent administratif, etc.) qui doivent aussi être pris en compte, bien qu'ils fassent partie des dépenses typiques de tout cabinet de médecin, peu importe le milieu.

Finalement, cette question de l'administration proprement dite du cabinet est aussi un élément particulièrement rébarbatif pour les jeunes médecins : « Ils n'aiment pas faire ça la gestion administrative, l'embauche du personnel, puis toutes ces affaires-là »

(O01). Un autre renchérit en spécifiant que « leur rôle [dans une clinique] c'est de voir les patients, de les suivre et de s'assurer de leur mieux-être [...] ils ne veulent pas avoir à s'assurer que le tapis d'entrée est propre » (P03).

Plusieurs des facteurs identifiés précédemment font partie des désavantages typiques des cabinets de médecin traditionnel. Certains ne sont pas propres à la seule MRC Robert-Cliche, mais il semble que l'accumulation de ces facteurs a nui au milieu. Comme le dira un participant, il faut que le milieu de travail « possède d'autres avantages » (P07) pour contrebalancer les désagréments du cabinet de médecin, ce qui, de toute évidence, n'a pas été retrouvé dans la MRC Robert-Cliche, et ce pour d'autres raisons que nous allons aborder dans la prochaine section.

3.2.3.4 Une organisation des services de santé de proximité inadéquate

Si les cabinets de médecin désuets de la MRC Robert-Cliche ont été, selon les résultats de notre étude, au cœur des principaux éléments qui ont entravé l'attraction des ressources médicales sur le territoire, on constate qu'un ensemble d'autres petits facteurs a rajouté à la perception plutôt négative qu'avaient les jeunes médecins de la communauté en tant que milieu de pratique. Dans les grandes lignes, cela concerne

l'organisation des services de santé de proximité plus désavantageuse pour la MRC Robert-Cliche que pour la MRC de Beauce-Sartigan.

L'absence d'un hôpital dans la communauté

L'un des premiers facteurs qui ont été nommés par de nombreux participants de notre étude concerne l'absence d'un CH au sein de la MRC Robert-Cliche. Peu de médecins se consacrent uniquement à la pratique en cabinet. Chez les jeunes médecins, et comme cela a déjà été souligné dans le premier chapitre, les AMP demandent généralement à ce qu'ils réalisent entre 6 h et 12 h de pratique en CH par semaine. Pour les recrues potentielles, le constat est le suivant :

« Robert-Cliche, ce n'est pas si proche que cela d'un hôpital, c'est quand même à une demi-heure. [...] côté logistique, c'est plus compliqué pour bien du monde et ça fait qu'elle est moins attrayante pour ça » (P07)

La perspective donc, de faire de nombreux aller-retour entre l'hôpital, situé à St-Georges de Beauce et la MRC Robert-Cliche a été un facteur qui a nui à celle-ci. De manière générale, par contre, il a aussi été noté que pour n'importe quel médecin, peu importe ses années d'expérience, la présence d'un hôpital à proximité est souvent appréciée puisque les laboratoires, les spécialistes ou salles de chirurgie sont centrés à cet

endroit. Un autre participant nous le confirmera : « les médecins veux, veux pas, sont attirés plus par des localités comme ça [avec un hôpital] que comme la nôtre (U07).

L'absence de GMF en Robert-Cliche

Un autre facteur au moins aussi important que le précédent concerne cette fois l'absence de GMF dans la MRC Robert-Cliche pour la période qui nous intéresse (avant 2008). Par méfiance, semble-t-il, les médecins de la MRC « n'ont jamais été réceptifs [au modèle GMF]. Il y avait une crainte que le gouvernement vienne gérer leurs affaires » (A02). Malheureusement, cette décision leur a été néfaste par la suite, car :

« Les jeunes médecins sont beaucoup à la recherche de ce type de regroupement médical parce qu'il y a certains avantages au niveau du personnel infirmier, au niveau aussi des facilités technologiques » (O01).

Assez ironiquement, certains intervenants font le constat que le regroupement des médecins en GMF aurait pu régler le problème de désuétude technologique nommé dans la section précédente. En effet, la mise à niveau est très dispendieuse, surtout pour des petites équipes de travail, mais accessible pour un GMF :

« L'informatisation des GMF est soutenue par le ministère dans une entente avec le GMF. À ma connaissance, les médecins hors GMF, j'en connais très peu qui se sont informatisés » (O01)

En effet, dans le cas de la MRC Robert-Cliche, cette perception s'est vérifiée, car aucun cabinet de médecin du milieu n'a été capable de se moderniser sans devenir GMF. Or, certaines personnes nous ont fait remarquer qu'il aurait été moins que probable que les différents cabinets de médecin acceptent, au moins en partie, de se regrouper afin de créer un GMF assez imposant pour répondre aux exigences du MSSS et aux besoins de la population. En effet, il y avait une difficulté bien présente en ce domaine : la mésentente entre certains médecins de famille de la communauté.

Mésentente et manque de collaboration entre les cabinets existants

Il n'a pas été aisé d'obtenir des informations claires sur ce point, car la plupart des participants ont préféré demeurer discrets dans le conflit qui a opposé certains groupes de médecins de la communauté. Dans les faits, très peu de personnes connaissent les véritables raisons à l'origine de cette mésentente qui semblent être plus de l'ordre de « conflits personnels » (E02) que toute autre raison. Cette situation, qui oppose particulièrement les médecins de St-Joseph et ceux de Beauceville¹¹⁶ remonte, semble-t-il,

¹¹⁶ Nous restituons ici le récit de cette mésentente selon ce qui nous a été rapporté par les acteurs en santé de Beauceville. Nous avons tenté à plusieurs reprises d'avoir le point de vue des médecins de St-Joseph, mais sans succès.

à très longtemps: « C'est trente ans de dissensions [...] un groupe dit que l'autre groupe n'a jamais fait sa part [de garde] lorsqu'il y avait une urgence à l'hôpital ici » (A02). En clair, dans les deux camps, se sont installés la méfiance et le ressentiment, avec des conséquences encore palpables aujourd'hui.

Entre autres choses, la collaboration professionnelle en a été particulièrement affectée: « Ils n'allaient même plus dans les hôpitaux de la Beauce. Ils envoyaient, et c'est ce qu'ils font encore, tous leurs malades à Lévis ou Québec. Ils ne les envoient même pas à St-Georges » (E02). Dans ces circonstances, on mesure toute la difficulté de tenter de se regrouper en GMF, malgré au moins une tentative répertoriée que nous étudierons plus en détail dans la section portant sur la mise sur pied de la coopérative de santé.

Toujours est-il que ce climat de non-collaboration a été ressenti par les recrues potentielles et il a peut-être joué un rôle dans leur décision de ne pas pratiquer en Robert-Cliche : « C'était des médecins [...] pas impliqués dans le milieu, pas impliqués à l'hôpital [...] puis pas tant de travail d'équipe non plus, alors chez les jeunes médecins ça passe moins [bien] » (P07). Pour un jeune médecin qui est à la recherche d'une bonne équipe de travail, cette perspective est peu reluisante, car :

« Je dis souvent que les patients, que tu sois partout au Québec, ce sont les mêmes...les mêmes genres de problèmes. Ce qui va changer, c'est l'équipe avec qui tu travailles, celle avec qui tu vas être pogné tous les jours » (P07)

Méfiance et manque de communication entre les cabinets de médecins et les autorités sociosanitaires locales

Un autre facteur identifié touche plusieurs sphères de la pratique des médecins, mais découle selon nous du statut de travailleur autonome des praticiens. La pratique en cabinet procure évidemment une façon de travailler encore plus libre (autonome) que celle qui prévaut par exemple en CSSS, mais elle comporte aussi des désavantages. Dans le contexte particulier de la MRC Robert-Cliche, cela joue pour beaucoup en la défaveur des omnipraticiens.

On a pu le voir dans une section précédente portant sur le refus du modèle GMF, mais il semble que plusieurs médecins de la MRC Robert-Cliche entretenaient une certaine réserve, voire de la méfiance, envers le CSSSB et de façon plus large, envers l'Agence de santé régionale, et ce, pour une raison qui semble échapper à tous:

« Les médecins, ils ne savaient même pas qui était à la direction du CSSS. Et puis moi, des fois, je parlais aux médecins et ils me disaient des choses sur les centres de santé...ils font ci, ils font ça. Puis moi, je rappelais [nom de la personne] et je lui disais : on a un problème, vos médecins ne vous font pas confiance! » (A02)

Dans ces circonstances, on comprend aisément que les canaux de communication aient été réduits à leur plus simple expression et que l'ampleur, ou plutôt la nature réelle du problème de recrutement de finissant en médecine ait été méconnue dans les hauts lieux du CSSSB.

« Je me souviens la première fois que j'ai rencontré [nom de la personne], je lui ai dit : [nom de la personne], qu'est-ce qui se passe avec les médecins? J'ai cherché qui est responsable du recrutement, puis je n'ai pas trouvé! C'était sa responsabilité à lui qui était assis en face de moi, mais il ne disait pas un mot » (A02).

On notera au final que ce statut et ce désir d'autonomie ont accentué l'isolement des médecins de la MRC, conséquence du type de métier qu'ils occupent. En effet, les omnipraticiens sont davantage habitués à aider les autres que d'être aidés et répugnent généralement à sortir sur la place publique afin de se plaindre de leur sort. Pour le meilleur ou pour le pire, cela fait en sorte que la situation réelle qui prévaut dans les cabinets de médecins est méconnue des autorités compétentes:

« On n'a pas pensé à demander de l'aide à personne, tu sais ce n'est pas bien bien dans le style des médecins. On n'a pas demandé d'aide, puis tu sais, je pense que ça ne nous venait même pas à l'idée parce que toute notre vie, ça été à nous autres d'arranger les choses. Ça n'a jamais été... personne ne nous a jamais arrangé nos affaires » (P02).

« Les médecins, on est beaucoup okay, on va le prendre, on va le prendre, on va le prendre [...] puis à un moment donné, c'est assez, on en prend plus. Puis là, ça refoule dans les urgences. Puis là, le gouvernement, ce qu'il entend, c'est les urgences qui débordent et non pas les cliniques qui ne fournissent plus » (P07).

C'est donc bel et bien un manque de communication et de relais des informations stratégiques qui a été au cœur des difficultés de recrutement de la MRC. Cela est problématique, car comme nous le verrons dans la partie suivante, l'ensemble de la communauté ne connaissait pas l'ampleur de la situation.

3.2.4 Méconnaissance et manque de pouvoir individuel sur le problème

Un peu en guise de résultat du contexte que nous venons d'esquisser dans la section précédente, on constate que le manque de communication entre les médecins et avec le CSSSB fait en sorte que la communauté n'est pas au courant des difficultés réelles de la première ligne en Robert-Cliche. Même entre collègues médecins, cette réalité n'est pas connue :

« Moi, que les gens se plaignent dans [toute] la MRC, ça n'est jamais venu à mes oreilles. Mais je savais que mes patients étaient obligés d'aller à St-Georges. Mais tu sais, je ne savais pas si les gens de St-Joseph ou St-Odilon, tout ça, ils avaient le même problème » (P02).

Quant à la population générale, elle sait évidemment qu'il manque de médecins, mais de là à comprendre l'origine et la nature réelle du problème ou, comme le dira un participant, de « faire face à la réalité ou à la musique » (U07), il y a un pas qui n'est pas franchi pour plusieurs raisons. D'une part, les médecins ne veulent pas « partager leurs problèmes avec la population » (P02) et d'autre part, les discussions qui se font sur ce sujet sont la plupart du temps informelles :

« Ça se parlait un peu de même au dépanneur et ces endroits-là, eille je dois aller à St-Georges attendre avec un petit bébé. Je rentre à 5 h et je ressorts à 1 h du matin [...] C'est sûr qu'on s'en parlait depuis longtemps. Mais personne ne savait comment régler ce problème-là » (A01)

En plus de ce manque de connaissance du problème, plusieurs observateurs ont fait état du faible degré de pouvoir perçu, par la population, sur le problème : « C'est dur de voir comment on peut avoir du pouvoir sur l'attraction des médecins en région. Comme citoyens je veux dire » (O02). Même à travers des dispositifs de participation publique disponibles, la tâche n'est pas aisée et les solutions, acquises :

« Le CA n'a pas vraiment de pouvoir, les membres du CA. Si un travailleur de la construction va sur le CA, je ne suis pas sûre qu'à part parler de ses problèmes personnels, ses problèmes d'accès, il va pouvoir...puis n'importe qui sur le CA, là [décider] dans quelle direction on s'en va. [...] Il n'y a pas grand monde encore qui a trouvé. Même nos médecins ministres » (P01).

Ces facteurs conjugués expliquent probablement pourquoi la MRC s'est rendue si près de la catastrophe : « Bien moi je pense que c'est tout le temps... Je pense que ça a pris plusieurs années [avant de trouver une solution] parce qu'il n'y avait pas personne qui prenait en main le problème. Il n'y avait pas de leader » (P06).

Ces dernières informations s'ajoutent à la multitude d'informations qui expliquent et explorent les causes et conséquences de l'accès déficient au SPL et plus spécifiquement, les difficultés d'attraction des ressources dans la MRC. La communauté est dans une situation précaire dans l'immédiat, en termes d'accès aux SPL et très difficile à court terme, notamment en raison des départs à la retraite planifiée par la moitié des médecins de la MRC. Encore plus problématique, il semble que l'absence de communication entre les différents acteurs (médecins, CSSSB, population, monde municipal) ne permet pas à la communauté de réaliser à quel point « c'était critique comme cela » (P02). Avant de voir comment la communauté a finalement pu réagir à ce problème (*processus d'empowerment*), nous estimons nécessaire de faire un résumé de tout ce que nous savons sur le sujet jusqu'à présent.

3.3 Conclusion du chapitre 3

La MRC Robert-Cliche est une petite communauté centrale de la région de Chaudière-Appalaches, près des pôles Québec/Lévis au nord et St-Georges de Beauce/États-Unis au sud. Cette position géographique place la communauté dans une situation plus difficile en regard de l'attraction et la rétention des familles, car ces dernières préfèrent les villes de plus grande importance avec un éventail de services de proximité qui favorisent leur bien-être et leur qualité de vie.

Pour rivaliser, au moins en partie, avec ses plus proches voisines, la MRC Robert-Cliche a besoin de se doter de services scolaires de qualité, d'infrastructures sportives et de loisirs adéquats et enfin, de services de santé de qualité. Il appert toutefois que sur ce dernier point, l'Agence de santé régionale, le CSSSB et enfin, les cabinets de médecins ont été incapables de répondre aux besoins de la population. L'Agence de santé et le CSSSB ont tenté de recruter un maximum de médecins afin de répondre à la pénurie et le vieillissement des effectifs médicaux dans Robert-Cliche. Ils ont été au bout de ce qu'ils pouvaient accomplir, en termes de pouvoir, car les PREM attachent les médecins à un CSSS et non aux MRC (ou autres découpages territoriaux) en tant que telles :

« Nous n'avons aucun levier légal pour obliger les médecins à s'installer dans un secteur plus qu'un autre. Les cabinets de médecins, ce sont des entreprises privées. [...] la capacité d'être attractifs, ça, c'est vraiment la responsabilité des gens du milieu. Ce n'est pas la responsabilité de l'Agence » (O01).

Or, on sait qu'une grande partie du recrutement des médecins se fait par le bouche-à-oreille, entre collègues. Ce qui revient à dire que la décision des jeunes médecins à s'établir dans un endroit relève en grande partie de ce que leurs futurs collègues ont à leur offrir. De toute évidence, l'offre n'a pas été à la hauteur de leurs aspirations. Les cabinets de médecins de la MRC ont été jugés désuets au niveau technologique, trop petits et ne recelant pas suffisamment de potentiel sur le plan du travail d'équipe ou interdisciplinaire. Concrètement, les jeunes médecins auraient apprécié travailler dans un GMF (ou équivalent) afin de se rapprocher le plus possible de la formation qu'ils ont reçue à l'université. D'autres facteurs ont aussi été relevés, dont l'éclatement des cabinets de médecins, l'absence d'un hôpital à proximité qui facilite les AMP et le manque de communication entre les médecins, avec le CSSSB et avec la population en général. Ce qui ressort grandement de l'ensemble de ces facteurs, c'est que la médecine est une profession qui peut facilement porter vers une dynamique individualisante. Tel que cela nous a été présenté, les jeunes médecins semblent vouloir s'en affranchir le plus possible. Malheureusement, la structure des SPL de la MRC Robert-Cliche ne leur en offrait pas l'occasion.

À la base, le recrutement des jeunes médecins est exigeant. Mais ici, il devient presque impossible en raison de l'écart entre l'offre des cabinets existants et la demande des jeunes médecins. La situation est devenue problématique, comme en témoigne l'absence de recrues depuis 1994. Elle est envisagée comme catastrophique à court terme, si l'on considère que la moitié des médecins alors en place partiront à la retraite d'ici cinq ans. Ces derniers sont à bout de souffle et impuissants devant l'ampleur du problème et ses conséquences potentielles : « [le médecin] était sur le bord de complètement lâcher la pratique privée. [Il] n'était plus capable, complètement dépassé » (P07). Un autre renchérit : « Ça ne va pas bien, on ne sait pas comment...on n'a pas de relève, ça ne va pas. Puis, je ne sais pas ce qu'on va faire » (P02). Pour ces médecins, la situation semble donc sans issue, ce qui est lourd de sens quand on sait l'importance qu'ils ont dans le recrutement.

Si on conjugue cela au manque de pouvoir de l'Agence régionale sur le problème, le fait que la région de la Chaudière-Appalaches ne soit pas considérée comme suffisamment éloignée pour bénéficier de l'aide supplémentaire du MSSS, le manque de communication entre les différents acteurs de la communauté et le manque de connaissance et de pouvoir de la population sur le problème identifié, on se retrouve devant une communauté presque complètement paralysée et impuissante sur le problème global.

Nous avons souligné dans le premier chapitre dans quelle mesure le monde municipal a à la fois peu de pouvoir et plusieurs responsabilités au niveau du bien-être et de la santé de ses concitoyens. Cette situation paradoxale et incapacitante a pourtant trouvé une porte de sortie intéressante. La MRC a pu identifier le problème concret, trouver des solutions adaptées et se donner les moyens de reprendre un certain contrôle sur son développement. Tout cela s'est fait par le biais des consultations publiques sur les pactes ruraux 2007-2014. Le chapitre qui suit s'intéresse donc au processus d'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche qui a débuté avec ces consultations au printemps 2007.

CHAPITRE 4

LE CAS DE LA MRC ROBERT-CLICHE : LA REPRISE DU POUVOIR

Ce second chapitre des résultats se penche sur la mise en place de la coopérative de santé en 2008. Tout d'abord, ce sont les démarches de constitution de la coopérative de santé Robert-Cliche (CSRC) qui seront narrées puisque nous nous intéressons principalement au processus de reprise du pouvoir de la communauté à l'étude sur son propre développement. Par la suite, nous nous penchons sur le fonctionnement de la CSRC tel que nous avons pu le constater lors de notre présence sur le terrain en 2013. Ces données nous serviront à analyser le processus d'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche au chapitre 5.

4.1 Démarches générales de constitution de la coopérative de santé

Rappelons brièvement que la MRC vivait une période plus difficile sur le plan de l'emploi et de la démographie en raison des grands bouleversements économiques mondiaux et de la restructuration de ses secteurs traditionnels d'économie (bois et textile). Pour pouvoir redevenir attractive auprès des jeunes familles et des travailleurs, il fallait améliorer l'offre de services de santé de proximité en désuétude depuis 1994 et menacée d'effondrement dans un horizon de cinq ans. Or, de tout cela, les gens de Robert-Cliche ne connaissent que l'impact le plus évident dans leur vie personnelle : la difficulté de voir son médecin de famille rapidement.

4.1.1 La mise en lumière du problème et de ses conséquences : les consultations pour les pactes ruraux...et un salon de coiffure

L'année 2006-2007 correspond au moment où, dans la MRC Robert-cliche, se sont déroulées les consultations citoyennes pour le Pacte rural 2007-2014¹¹⁷. Cette occasion permet au CLD Robert-Cliche, alors responsable de cette activité, de prendre la mesure des besoins réels de la population dans l'ensemble de la MRC. Au terme de l'exercice, c'est la question des services de proximité qui ressort comme prioritaire. Plus particulièrement, c'est le problème d'accès aux médecins de famille, qui est jugé comme le plus criant en matière de gravité et de conséquences néfastes sur la population en général : « C'était les inquiétudes premières [le problème d'accès aux médecins]. C'était bien évident. Et nous autres, le CLD Robert-Cliche, on prenait acte de ça » (E01). Fait intéressant, ces consultations sont très populaires et rassemblent un grand nombre de personnes. Pour les élus, cela donne encore plus de poids aux préoccupations et doléances exprimées :

« Il y avait, je dirais, au moins 100 à 200 personnes qui nous demandaient de réagir face à ce qui s'en venait dans les années futures en regard de l'absence de médecins pour se faire soigner chez nous dans un monde rural » (E02)

¹¹⁷ Rappelons que les Pactes ruraux 2007-2014 constituent une deuxième génération d'ententes entre le gouvernement du Québec et le monde rural. 213 millions de dollars sont à distribuer entre les 91 MRC du Québec. C'est ainsi qu'après une entente signée avec le gouvernement, les MRC doivent s'engager à entreprendre (ou poursuivre) une démarche de consultation auprès de leur population afin mieux cibler les besoins, mobiliser et organiser les projets qui seront choisis par les partenaires de la communauté (MAMROT, 2006c)

Parallèlement à ces activités, une commissaire au développement du CLD Robert-Cliche obtient des informations complémentaires d'une manière tout à fait fortuite sur le problème d'accès aux médecins de famille :

« C'est complètement fou! Cette histoire part de chez la coiffeuse. Je suis chez la coiffeuse mon médecin de famille est là. On discute que ça n'a pas d'allure pour moi et mon conjoint de se libérer du travail [pour voir le médecin], on trouve ça compliqué. On se dit que pour ceux qui travaillent en usine, ça doit être épouvantable. Puis là, je vois mon médecin qui me dit qu'il est complètement débordé et je me dis, qu'est-ce qu'on pourrait faire, nous [le CLD], pour les aider? » (A02)

Ce contact en face à face entre la commissaire et son médecin ajoute aux constats faits par la population lors des consultations pour le Pacte rural. Ces deux éléments réunis constituent un contexte plus que favorable afin de mobiliser les énergies. La commissaire au développement prépare un dossier sur le sujet et propose à son organisation de se pencher concrètement sur le problème lors du « lac à l'épaule » (A04) annuel :

« Chaque automne, on faisait une petite réunion de bureau. On planifiait notre plan d'action pour l'année suivante [...] J'ai proposé, pour le plan d'action, de voir ce qu'on pourrait faire pour les aider [les médecins] » (A02)

L'idée est accueillie favorablement par l'ensemble des personnes présentes lors de cette réunion et puisque ce moment est justement réservé à la créativité, on commence à élaborer des pistes de solutions :

« On est venu à la conclusion qu'il fallait créer un genre de coopérative de santé là, le modèle de coop n'était pas clair à ce moment-là, ça aurait pris un organisme sans but lucratif, mais on parlait de deux bureaux dans les deux villes, Saint-Joseph et Beauceville, et trois satellites. À Saint-Victor, Tring [Jonction] et Saint-Odilon. Alors ça, c'était le modèle initial qui a été pensé » (A02)

Armé de toutes ces informations et de la solution préliminaire pensée par l'équipe, le CA du CLD demande et obtient de la MRC un mandat officiel pour agir sur cette priorité locale.

4.1.2 Réseautage, étude des besoins et recension des diverses pistes de solutions

C'est la commissaire au développement qui est officiellement déléguée au dossier et qui fait office de porteuse de projet principale. Elle commence par faire une recension des différentes formes légales que pourrait prendre le projet. Assez rapidement, le modèle des coopératives de santé est porté à son attention, notamment par le biais du démarrage d'un projet similaire dans la municipalité de Frampton, dans une MRC voisine

(Nouvelle-Beauce). Également, elle est informée par un contact de l'existence d'un nouvel ouvrage qui porte sur les coopératives de santé :

« C'est un hasard. J'étais à une rencontre du RISQ [réseau d'investissement social du Québec] et un employé du RISQ me demande ce qui se passe chez nous de ces temps-ci. Je lui dis que ça va mal avec nos services de santé et qu'on est en train d'essayer de mettre sur pied un organisme en santé, et tout ça. Il me dit : justement il y a un gars qui vient de sortir un livre « La santé autrement ». Il s'appelle Jean-Pierre Girard. Essayez de mettre la main dessus. J'ai mis la main dessus, je l'ai tout lu et j'ai demandé à le rencontrer [...] je suis allée le rencontrer à son bureau à Sherbrooke » (A02)

Cette rencontre inspire encore davantage la porteuse de projet sur le modèle de coopérative de santé, même si la décision définitive n'est pas encore arrêtée. Pendant cette même période, le réseautage avec les principaux acteurs du monde municipal et de la santé est organisé : les omnipraticiens de la MRC, le CA du CLD Robert-Cliche, le Conseil des maires de la MRC, le CSSSB et l'Agence de santé régionale. Au terme des rencontres entre les différentes parties, il est convenu qu'une étude des besoins des omnipraticiens doit être menée avant d'aller plus loin dans la recherche de solution. C'est ainsi qu'aidée par Jean-Pierre Girard et une étudiante, la commissaire au développement met au point un court questionnaire qui est distribué aux omnipraticiens de la MRC (taux de réponse = 85 %). Dans les grandes lignes, ce questionnaire explore les conditions de pratique (situation actuelle), les besoins dans un projet collectif éventuel (situation future), les

besoins de la relève médicale dans une optique de recrutement, la question des revenus et de la gestion des dépenses et la possibilité de formation d'un GMF. Le rapport qui découle de la compilation des données permet assez vite de constater qu'il faudra un type d'organisation plus imposant que ce qu'offrent les cabinets de médecin actuels s'ils veulent parvenir à régler les problèmes des SPL de Robert-Cliche :

« Au départ, nous, on aurait préféré que ce soit les cliniques déjà en place qui s'occupent du recrutement. Pourquoi tout changer? [...] L'idée de base était d'enrichir les cliniques existantes, mais c'est un modèle qui n'a pas fonctionné. On s'est vite rendu compte que les médecins, dans la forme actuelle, ne pouvaient pas s'occuper du recrutement de nouveaux médecins. [...] Si on ne met pas une personne qui ne pense qu'à ça du matin au soir, de penser à des solutions, ça ne marchera pas » (A04)

Toujours durant la même période, une mission d'observation et d'échanges à Nagano et Tokyo, au Japon, est organisée par le chercheur Jean-Pierre Girard afin de voir le mode de fonctionnement des entreprises collectives en santé du milieu. Sont également présents des représentants du MDEIE (direction des coopératives), du CQCM, de la Fédération des coopératives de développement régional, du Mouvement Desjardins et enfin, d'une CS du Manitoba alors en démarrage. Voyant là une occasion inespérée d'observer ce qui fait ailleurs dans le monde dans le domaine des coopératives de santé, le CLD Robert-Cliche dégage un montant de 5000 \$ afin de permettre à la commissaire au développement rural de participer à cette mission :

« Nous avons autorisé un budget, le conseil d'administration a été très pro actif ici. 5000 \$ pour qu'elle puisse aller au Japon. C'est quand même des gros montants, sans savoir ce que ça va rapporter, mais avec le recul aujourd'hui, on voit le résultat probant » (A02)

Effectivement, le voyage sera payant, car le modèle japonais inspire fortement le projet en émergence dans Robert-Cliche. D'abord, il confirme dans l'esprit de la porteuse de projet que la forme coopérative est la plus adaptée afin de répondre aux besoins de la MRC. Ensuite, il permet de valider l'approche territoriale (MRC) que désirent les intervenants depuis les débuts. En effet, dans le cas du Japon, il n'y a qu'une seule coopérative par préfecture et cette dernière est responsable des activités de prévention et promotion en santé de son territoire en mettant sur pied des groupes dédiés à cet aspect. Ces groupes sont appelés *Hans kai*. Cela inspire grandement la porteuse de projet et elle espère importer cette idée afin de bonifier le projet alors en cogitation. De retour au pays, le projet de coopérative de santé commence à prendre une forme concrète et le temps est maintenant venu de mobiliser un plus grand nombre de personnes, membres et partenaires, pour permettre à la coopérative de santé de voir le jour.

4.1.3 Présentation du projet et mobilisation du milieu

Le projet qui se dessine est ambitieux pour une petite communauté de 20 000 habitants. Alors que le phénomène des coopératives de santé au Québec est encore en émergence et sans avoir de règles ou de balises claires sur cette forme d'organisation, on présente un projet aux médecins, gens du milieu et futurs partenaires :

« On voulait une coopérative de solidarité, on pensait pouvoir aller loin avec cela. [...] Au début, on ne savait même pas qu'on aurait besoin d'une nouvelle bâtisse. On proposait de s'occuper de l'administration pour les médecins, de coordonner une offre de service. On se disait peut-être que le sans rendez-vous, ça pourrait se faire dans une journée. Donc tous les médecins se sont mobilisés, sans exception [...] mais c'est sûr qu'en 2007, les règles n'étaient pas claires comme aujourd'hui. Nous autres, on pensait qu'on pourrait obliger les gens à devenir membres pour voir un médecin. Et puis là, selon les revenus, on aurait pu faire un fonds d'aide pour les personnes à faible revenu, parce qu'on savait bien que ce n'est pas tout le monde qui pourrait devenir membre » (A02).

Les acteurs en santé de la MRC (Agence, CSSSB et médecins) sont en accord avec le projet et sont prêts à embarquer. Le CSSSB, après avoir hésité sur le projet de coopérative par peur de « compétition avec le Réseau [de la santé] » (A02), se révèle un partenaire précieux au niveau de l'hébergement de la future coopérative et du partage éventuel du personnel médical ou de soutien :

« Au départ, l'entente c'était qu'on s'associait avec le centre de santé, on s'en venait ici [dans la bâtisse de l'ancien hôpital de Beauceville], le centre de santé fournissait les infirmières pour faire le triage pour les médecins [...] on avait une réceptionniste commune, les frais étaient partagés » (A02)

Par contre, le CSSSB, tout comme les médecins en cabinet, ne peuvent participer très activement au financement du projet ni à sa promotion d'ailleurs. Il faut donc s'entourer d'autres partenaires financiers, mais aussi et surtout de leaders locaux qui donneront une visibilité au projet au sein de la population. Au niveau des leaders locaux, on retrouve l'ensemble des maires et mairesses des dix municipalités de la MRC, le député provincial Janvier Grondin (ADQ) qui permet « d'ouvrir des portes [dans les ministères] sans se préoccuper de la ligne de parti » (A03), Michel Roy, répondant des Caisses Desjardins du Sud de la Chaudière, sans oublier le président du CLD Robert-Cliche, à la fois représentant de son organisation, mais aussi personnalité connue dans le milieu. Toutes ces personnes constituent le « comité de travail » (A02) du projet. Toutefois, les principaux porteurs de projet demeureront la commissaire au développement, le député provincial, le répondant des Caisses populaires et le président du CLD.

En regard des finances, c'est probablement la MRC qui sera le partenaire le plus important du projet. Le préfet de l'époque n'hésite pas à qualifier le projet d'« un des plus beaux que la MRC a eu depuis bien des années » (A02) et désire que la MRC

s'implique en conséquence. À cet effet, le conseil des maires de Robert-Cliche s'entend pour réserver un montant non négligeable du Pacte rural 2007-2014 pour aider au démarrage du projet. Cela, par contre, sous réserve que la coopérative offre ses services à l'ensemble de la population de la MRC et non pas seulement à celle de Beauceville et les environs:

« On a réservé un montant de 300 000 \$ sur [six ans] ... 50 000 \$ par année pour la coopérative de santé, pour qu'elle s'implante sur tout le territoire de la MRC Robert-Cliche. Évidemment, cette condition-là a fait en sorte qu'on a réussi à convaincre les dix maires de mettre 300 000 \$, il fallait que ça englobe l'ensemble des municipalités » (A04)

Un autre partenaire d'importance est les Caisses populaires Desjardins. Pendant les cinq premières années, il accepte de verser un dollar par habitant de leur territoire, donc environ 20 000 \$ pour soutenir le projet. L'Agence de santé régionale s'implique aussi financièrement, à hauteur de 10 000 \$ pendant cinq ans. Enfin, mais pas en matière de financement direct, le CLE régional en partenariat avec le Forum jeunesse régional de Chaudière-Appalaches (FJRCA) s'implique en rémunérant des travailleurs qui aident au démarrage de la coopérative. Il faut aussi souligner l'apport de la Coopérative de développement régional (CDR) de Québec-Appalaches dans la réalisation de la charte et des règlements de la coopérative de santé afin qu'ils soient conformes aux lois alors en vigueur : « Il n'y avait pas que du positif à ce moment-là sur les coopératives de santé, alors il fallait qu'ils [CDR] soient avec nous dans le processus » (A04).

Le comité de travail et les partenaires se rencontrent à une cadence élevée durant les mois qui vont précéder la naissance de la coopérative. Cela est très aidant pour l'avancement du projet :

« Toutes ces personnes [le comité de travail] étaient des décideurs. Le DG et le président du CLD, le directeur adjoint et une adjointe des services du CSSS, le DG de la Caisse, un élu [...] alors les décisions pouvaient se prendre rapidement, parce que les décideurs... c'est ça, ils se sont rendus disponibles » (A02).

La dernière étape, et non la moindre, avant la naissance officielle de la coopérative de santé, c'est la campagne de recrutement des membres. Celle-ci déterminera une fois pour toutes l'acceptabilité du projet de coopérative au sein de la communauté.

4.1.4 La campagne d'information et de recrutement des membres

À l'aube de ses premiers moments de vie, les porteurs de projet mesurent les efforts qui devront encore être déployés afin de mener à bien le projet de coopérative de santé. Aussi, veulent-ils s'assurer de l'appui de la population : « Si on n'avait pas, je pense, 750 membres la première année, on ne le faisait pas » (E02). Cela étant dit, et bien que la population subisse concrètement les effets du manque de médecin dans la MRC, elle n'est

pas nécessairement bien au fait du problème exact que vit la communauté, ni de la situation critique qui l'attend dans quelques années. Cela s'ajoute également à la réticence de certaines personnes qui ne veulent pas déboursier pour être membres alors qu'ils « paient déjà pour la santé » (E03). Il faut donc, informer et convaincre, voire même vaincre les perceptions négatives. Au début de 2008, les porteurs de projets décident d'organiser des séances d'information publiques dans les municipalités qui étaient au départ visées par les points de services de la coop santé (Beauceville, St-Joseph, Saint-Victor, Tring-Jonction et St-Odilon). Au fil du temps, d'autres soirées d'information seront ajoutées dans les plus petites municipalités de la MRC. Au cours de ces présentations, la commissaire au développement ainsi que l'un ou l'autre des autres porteurs de projet sont présents. L'animation est confiée à un organisateur communautaire du CSSSB.

Les séances d'informations sont proposées par les porteurs de projet dans les municipalités, mais ce sont ces dernières qui convoquent ensuite leur population et qui gèrent les aspects matériels de la soirée (salle, mobilier, rafraîchissements, etc.). L'une des stratégies utilisées par les porteurs de projet afin d'attirer le plus grand nombre possible de personnes à ces séances est de miser sur ceux qui sont à la recherche d'un médecin de famille, encore que les présentations sont ouvertes à tous. De manière globale, le déroulement des séances se passe ainsi : d'abord, le problème des SPL de la MRC Robert-Cliche est exposé à l'aide de statistiques sur les effectifs médicaux présents et

à venir. Ensuite, on explique le modèle de coopérative de santé proposé. Une grande partie de ces soirées est réservée aux questions ou commentaires du public et cela génère des échanges très intéressants :

« Il y avait plein de questions : comment ça allait marcher, qui allait s'en occuper, le prix, comment ça allait coûter, quels services on allait donner, est-ce que les membres seraient prioritaires [...] c'était une belle brochette de questions, puis il y avait plein de belles réponses [...] Après cela, on pouvait rentrer membre le soir même, il y avait des feuilles [d'adhésion] » (E03)

Cette façon de faire est gagnante, car elle permet aux personnes de comprendre la situation difficile qui est à venir au niveau du nombre de médecins et donc de « créer un sentiment d'urgence » (A04). En conséquence, le projet est accueilli de manière favorable par les personnes qui assistent à ces séances, de sorte que le nombre de membres grandit rapidement :

« C'était très favorable. Je n'ai pas assisté à des séances, moi, où les gens finissaient en disant : ah non, moi ça m'intéresse plus ou moins ». Au contraire, en général, il y avait un tiers des personnes présentes qui était prêt à devenir membre sur-le-champ [...] une autre proportion se donnait le temps d'y penser, mais très rapidement, l'effectif est devenu imposant » (O03)

D'autres méthodes de recrutement sont utilisées durant cette période, encore qu'elles soient plus marginales. Entre autres choses, certains médecins expliquent le projet à leur clientèle, ou du moins, à ceux qui « posent des questions » (U03). Les médias locaux (journaux et télévision communautaire) participent en publicisant ou informant la population sur l'évolution du projet. Pour le reste, les porteurs de projets font un grand travail sur le terrain en expliquant et réexpliquant à qui veut l'entendre le projet qui est en cours. La gestion des adhésions à la coopérative est confiée aux Caisses populaires de la MRC. En tout temps, les personnes qui le désirent peuvent aller s'inscrire à l'un ou l'autre des points de services. L'ensemble de ces efforts a porté fruit et le nombre dépasse rapidement les 1000 membres. Puisque le chiffre initial fixé à 750 est largement dépassé, le projet de coopérative peut officiellement démarrer.

4.1.5 Constitution de la coopérative et premières années de vie

La Coopérative de solidarité en santé de la MRC Robert-Cliche, dont le nom abrégé est Coopérative santé Robert-Cliche (CSRC) est officiellement constituée le 31 mars 2008. L'assemblée générale d'organisation a lieu au mois de mai de la même année au cours de laquelle la mission de la CS est établie :

« Développer un réseau de services de proximité en soins de santé dans la MRC Robert-Cliche. Elle se donne comme mandat de coordonner une offre globale de services en soins de santé sur ce territoire. Elle offre également aux citoyens un ensemble de services basés sur une approche intégrée en promotion de la santé et en prévention ainsi que des soins complémentaires » (CSRC, 2013a)

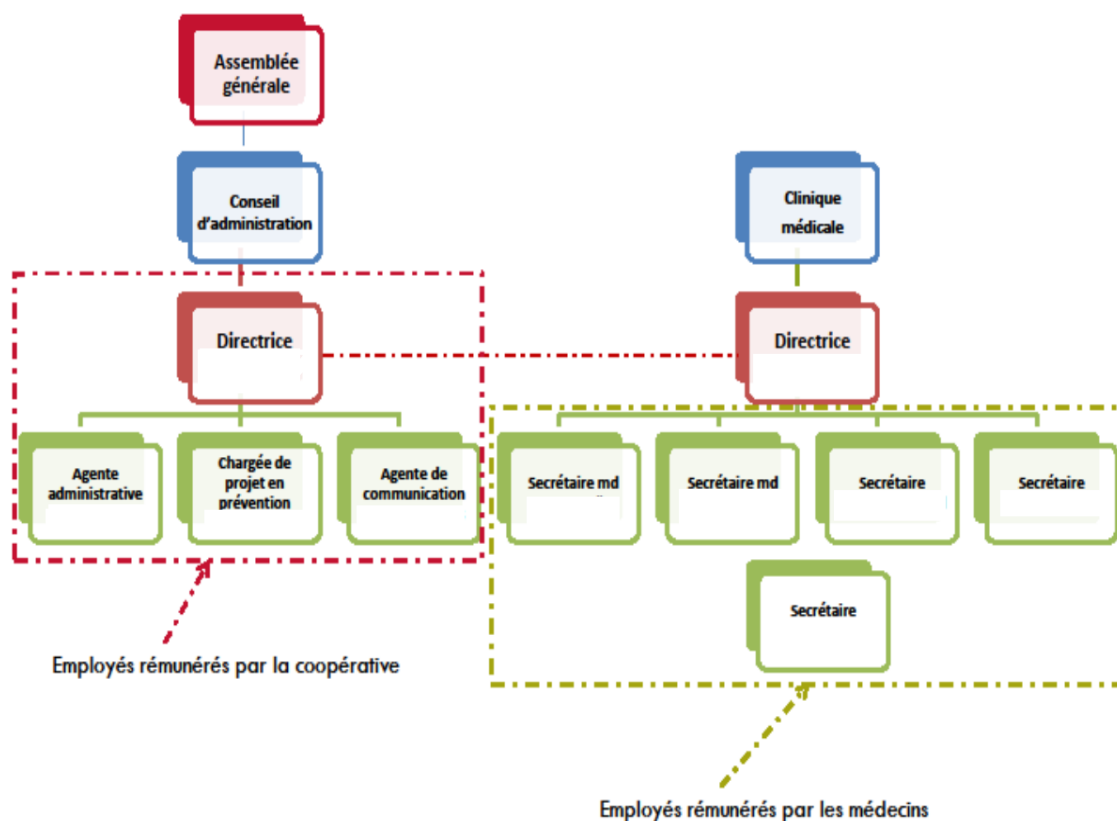
Cette réunion permet également de choisir les membres du CA. Il est constitué de 11 membres votants, soient les représentants de six secteurs municipaux, un membre non sectorisé, trois représentant des types de membres (producteur, soutien, travailleur) et un représentant du Mouvement Desjardins. Il est également constitué de trois membres observateurs, soient des représentants du CSSSB, du CLD et de la MRC Robert-Cliche. La CSRC a joint les rangs de la FCSDSQ assez tôt et a bénéficié de son soutien technique durant les premières années.

Le mode de fonctionnement prévu est le suivant. Les membres utilisateurs-consommateurs doivent acheter sept parts sociales à 10 \$ chacune. De plus, on demande une contribution annuelle volontaire de 85 \$ par personne afin de soutenir le développement et le recrutement des médecins. La majorité des services médicaux seront offerts au siège social de Beauceville par les membres producteurs-médecins. Il y a également un point de service à St-Victor, clinique originellement fondée par l'un des membres producteurs-médecins de la coopérative. Comme dans n'importe quelle autre

coopérative de santé, les médecins sont toujours rémunérés par la RAMQ. Un bail a été signé entre eux et la coopérative, avec une clause de « partage d'espace ». Quand un médecin n'occupe pas son bureau, la coopérative loue le bureau vacant à d'autres membres producteurs, en l'occurrence une travailleuse sociale, une nutritionniste ou une psychologue. Ces membres producteurs-professionnels de la santé paient un tarif basé sur l'occupation hebdomadaire des bureaux.

Afin de permettre aux médecins de se partager les frais de location, de matériel et personnel médical, un groupe nominal de dépense, ou dit autrement, une clinique a été formée par les médecins œuvrant dans les bureaux de la coopérative. La CSRC fait également partie de ce groupe, mais n'a droit de regard que sur les enjeux qui la concernent (p.ex. occupation des bureaux). Sans vouloir entrer dans des détails juridiques, forts complexes au demeurant, on notera qu'un groupe nominal de dépense ne concerne que les dépenses et non pas les revenus. Les médecins continuent de percevoir leur rémunération par la RAMQ selon les actes médicaux posés alors que la CSRC perçoit de son côté ses propres revenus, par exemple ceux provenant des contributions annuelles volontaires (Figure 9).

Figure 9 Structure organisationnelle de la CSRC en 2009



Adapté de : Coopérative de solidarité de santé Robert-Cliche (2010, p. 7)

C'est ainsi que, techniquement parlant, la CSRC et la clinique sont deux entreprises indépendantes, mais qui s'associent afin de partager certaines responsabilités. La direction générale a droit de gestion dans les deux entreprises selon une convention¹¹⁸ prévue au préalable entre la coopérative et les médecins, mais en aucun cas sur les décisions médicales. Bref, le mode de fonctionnement est basé sur une intense

¹¹⁸ Ce droit de gestion concerne entre autres les traitements, honoraires et salaires de tous les employés engagés par les médecins, les frais bancaires, les frais financiers, les frais de déplacement, etc.

collaboration entre les différentes parties et caractérisé par un respect profond de l'autonomie professionnelle des médecins. Cela est un choix volontaire, mais il découle de certaines contraintes imposées par le Code des professions du Québec (Brasseur & Murray, 2013).

Puisque « le bébé est mis au monde et qu'il marche » (E01), le CLD se retire graduellement du dossier. Un directeur général est engagé afin de poursuivre le travail de développement mené jusqu'alors par la commissaire au développement. Les activités médicales de la coopérative ne commencent toutefois pas immédiatement. Il reste plusieurs points importants à régler avant de pouvoir offrir des services médicaux à la population, notamment la question du financement des activités, de la localisation de la CSRC ainsi que le recrutement de nouveaux médecins. Sur ce dernier point, toutefois, deux jeunes médecins finissants sont recrutés assez rapidement et s'engagent à se joindre à l'équipe sitôt leurs études terminées. C'est alors qu'à travers les avancées concrètes, plusieurs difficultés apparaissent et vont influencer le projet initial de coopérative de santé.

4.1.5.1 Démobilisation de certains médecins

Dans le chapitre précédent, nous avons fait état de la dissension entre plusieurs médecins de la MRC, ce qui a pu nuire au regroupement de ces derniers au sein d'un GMF.

Or, si jusqu'à présent, les porteurs de projets initiaux avaient réussi à faire assoir toutes ces personnes autour d'une même table et obtenir, au moins tacitement, leur accord à se joindre à la CSRC, on constate avec le recul que l'engagement réel n'a pas toujours été au rendez-vous chez tous les omnipraticiens : « Il y en a trois [médecins] qui étaient là à toutes les réunions, puis les autres étaient spectateurs. Ils étaient d'accord, ils embarquaient, mais ils étaient en observation » (A02). La nouvelle coopérative apportera plusieurs changements dans la pratique quotidienne des médecins, ce qui peut être perçu comme une menace :

« Ce n'est pas évident quand tu travailles tout seul dans ton bureau, puis après ça, tu dois travailler avec cinq, six, sept [collègues] puis partager tes choses, tu sais [...] quand tu es médecin, changer les méthodes de travail, c'est... il fallait qu'ils soient informatisés, tu sais, il y a beaucoup de détails, je pense, qui rentraient en ligne de compte. Puis les médecins étaient quand même [âgés] de 60 ans, je ne sais pas 50 et plus. Ce n'est quand même pas facile non plus pour eux autres » (E03).

Alors que la nécessité de travailler concrètement ensemble approche à grands pas, les vieilles rancœurs rampent toujours dans l'ombre. Finalement, le tout éclate alors que des démarches sont entreprises afin que la CSRC acquière également le statut de GMF:

« Ils étaient pour former un gros GMF parce qu'il y a beaucoup de financement avec le GMF qui aurait pu alléger les coûts de la coopérative. Lorsqu'ils sont arrivés pour signer les documents, la chicane a pris, puis le groupe s'est scindé en deux [...] Depuis le début, je pense, on marchait sur des œufs » (A02).

Malheureusement pour la CSRC, les médecins de la municipalité de St-Joseph se retirent complètement du projet. Idem pour certains autres médecins des municipalités environnantes. Il ne restera que deux médecins de Beauceville, un médecin de St-Victor et les deux nouveaux médecins recrutés. Plusieurs efforts seront faits par la suite pour tenter de rallier les médecins de St-Joseph, sans succès¹¹⁹.

4.1.5.2 Localiser la coopérative malgré le cadre légal

Une autre préoccupation du CA de la coopérative concerne la localisation de la coopérative de santé. Dans les plans originaux, la CSRC allait s'installer dans les murs du CHSLD de Beauceville (ancien hôpital St-Joseph) près du CLSC, afin de faciliter le partage du personnel médical et administratif. Pour ce faire, le CSSSB décide de rénover de fond en comble une vieille annexe du CHSLD:

¹¹⁹ Ces omnipraticiens se regrouperont au sein de leur propre GMF quelques années plus tard, marquant ainsi clairement leur désir de ne jamais s'associer à leurs collègues de la CSRC.

« C'était une ancienne piscine des sœurs. Une piscine creusée, je veux dire, avec le ciment tout cassé et abandonnée depuis je ne sais pas combien d'années. Alors [nom de la personne] me disait toujours on va relever les murs, on va faire des bureaux là. Moi je lui disais, ça pas de bon sens, on est aussi bien de tirer ça à terre (rire) » (A04).

Alors que les rénovations viennent de débiter, les médecins envoient, au mois de mai 2009, les plans à leur coordonnateur afin de valider la conformité du projet pour leur rémunération. Un mois plus tard, la décision tombe : si la CSRC s'installe dans cette bâtisse, la rémunération des membres producteurs-médecins sera celle qui prévaut en établissement c'est-à-dire, amputée du 30 % de rémunération supplémentaire consentie aux médecins qui œuvrent en cabinet privé¹²⁰ :

« À un moment donné, le ministère a mis son pied à terre [...] Ils étaient rendus dans le bureau de [nom de la personne], avec Google Earth, à regarder les bâtiments. Parce qu'il y a une loi qui dit que les médecins ne peuvent pas pratiquer à l'intérieur d'un bâtiment qui appartient à un centre de santé et...Ils n'ont pas la même rémunération » (A02)

Le CSSSB est très aidant pour trouver une solution à cette contrainte. Finalement, on décide d'utiliser une autre partie de la bâtisse, à quelques mètres du premier endroit, mais cette fois la propriété légale de la Fondation des CHSLD de la Beauce. De nouveaux plans sont dessinés et les rénovations recommencent au mois de juillet 2009. Quant aux

¹²⁰ Ce point a déjà été traité dans le chapitre 1 dans la section portant sur les différents lieux de pratique des omnipraticiens.

locaux rénovés dans l'ancienne piscine, c'est le CLSC qui en prendra possession. Malgré ce contretemps et dans la mesure où « tout le monde veut, tout le monde a confiance que ça va marcher » (A02), il n'y aura pas de démobilisation supplémentaire chez les médecins. Un bail sera ultimement signé entre la Fondation des CHSLD et la coopérative de santé pour une période de dix ans, renouvelable automatiquement pour une autre décennie.

4.1.5.3 Une nouvelle direction générale

Environ six mois après l'assemblée générale d'organisation, le directeur général qui avait été engagé par le CA de la coopérative remet sa démission pour des motifs familiaux : « Il ne venait pas de par ici, il venait de l'extérieur » (A03). Pour certains, cela constitue une opportunité : « La personne qui était là au départ n'était peut-être pas la bonne personne [...] Cette personne avait des façons de faire qui, au niveau politique, avaient peut-être finalement fait régresser un peu le dossier¹²¹ » (A04). Il n'en demeure pas moins que les administrateurs sont confrontés à la difficile tâche de trouver une personne capable de relever les nombreux défis qui attendent la CSRC. Au cours d'une réunion informelle, c'est le nom de la commissaire au développement initiatrice du dossier qui ressort du lot.

¹²¹ Tous les acteurs interrogés sur ce sujet se sont à nouveau révélés assez discrets. En recoupant les informations qui nous ont été fournies, on comprend ici que c'est le dossier des médecins démobilisés, mais aussi celui de la localisation de la CS (saga de la piscine) qui sont les principaux reproches qui lui sont adressés.

« J'étais en discussion avec le président du CA. Je me souviens encore, je suis allé déjeuner un lundi matin et on se disait bon, il faut trouver la bonne personne. [...] on pensait à différentes personnes puis, le nom de [la commissaire au développement] a fait surface » (A04).

Cette dernière accepte la charge, même si cela signifie qu'elle doit délaissier son poste au CLD Robert-Cliche. Toutefois, de l'avis de plusieurs, cela constitue un avantage pour la MRC Robert-Cliche : « C'est un gain (rire). En bout de ligne, c'est un gain, parce qu'elle est plus facilement remplaçable [au CLD] que dans un poste de direction de coopérative de santé. Ça, c'est difficile de trouver la bonne personne » (A04). Malgré ce petit contretemps, les travaux de rénovation pour accueillir la CSRC à Beauceville se poursuivent. Finalement, les activités médicales démarrent entre le mois d'août et septembre 2009.

4.1.5.4 Les Hans Kaï à l'étude dans les laboratoires ruraux

La nouvelle directrice générale n'a toujours pas abandonné l'idée des Hans Kaï afin donner une couleur originale à la coopérative. Les administrateurs de la CSRC s'activent alors à les mettre en place le plus rapidement possible. Un Hans Kaï est un groupe formé de dix à quinze personnes. Les membres décident volontairement de se réunir mensuellement afin de partager un objectif commun relié à la prévention des problèmes de santé ou le développement de saines habitudes de vie. Certaines personnes peuvent

aussi avoir été recommandées par les médecins de la CSRC, mais le tout demeure volontaire.

« Comme par exemple, le groupe dont je fais partie, [...] nous ce qu'on veut faire, c'est de participer au défi PSF, donc le défi Polyvalente Saint-François qui est un défi de course de 5-10 km [...] nous autres on s'est dit okay, on va s'équiper, on va chercher les outils qu'il faut pour être capables de faire ce défi-là. Il y en a [d'autres] qui disent : bien nous, tu sais, on n'est pas très actifs, donc comment est-ce qu'on pourrait être plus actifs, comment on pourrait mieux manger? Fait que là eux autres, ils se disent okay, on va se partager des recettes santé. » (P03)

Les participants doivent s'engager pour un minimum d'un an et assister aux dix rencontres de 90 minutes. Les rencontres sont animées par des agents de promotion de la santé et les thématiques particulières sont offertes par des professionnels bénévoles (infirmières, kinésiologues, nutritionnistes, etc.). L'équipe peut se déplacer sur le territoire et même offrir les ateliers dans le milieu de vie immédiat des personnes, ce qui inclut les milieux de travail. Au cours de ces réunions, les participants prennent différentes mesures corporelles (tension artérielle, glycémie, masse corporelle, etc.) afin de surveiller leur état de santé. Si l'une ou l'autre de ces mesures est inquiétante, la personne peut être dirigée immédiatement vers une ressource de la CSRC. Les participants reçoivent également des conseils de professionnels de la santé sous forme d'ateliers, ce qui augmente leur connaissance générale sur la santé.

« [Les rencontres sont] sur l'heure du midi, avec un groupe d'employés d'une même boîte, ou d'une même industrie. Il y a quelqu'un de la coop qui vient, c'est une fois par mois ça. Bon on se fait prendre des mesures au niveau du diabète, etc. Puis là on a des conférences, un mois ça peut être par exemple sur comment lire les étiquettes, c'est quoi le niveau de sodium, etc. [...] C'est directement dans l'entreprise. Le monde était intéressé, puis ils achetaient un petit lunch santé le midi... Ça fonctionne de plus en plus puis ça, c'est de la véritable prévention » (E01).

« On s'était formé un groupe, puis on prenait notre pression [artérielle]. J'aimais ça, tu sais. Puis un soir, je me suis retrouvée avec une pression trop élevée. Il y a un médecin qui a pris ma pression là-bas et qui m'a dit, ça n'a pas de bon sens. Je suis allé à la pharmacie et elle était encore plus élevée. Alors je me suis ramassé à l'hôpital et là, ils m'ont dit qu'il fallait que je ralentisse un peu mes activités [...] Tu sais, juste pour te dire que c'est vraiment important » (E02).

De cet extrait, on comprend que les Hans Kaï jouent un rôle dans l'aspect préventif (information, connaissance, dépistage) et curatif (référence à un professionnel de la santé et traitement précoce du problème de santé), les deux pôles s'alimentant réciproquement. Enfin, notons qu'après les dix rencontres obligatoires, les membres du groupe sont invités à demeurer ensemble aussi longtemps qu'ils le souhaitent, mais cette fois de manière autonome :

« Il y a un cadre établi, donc il y a les six premiers ateliers, puis le septième, c'est pour leur apprendre à travailler ensemble par rapport à la santé. Puis ce qu'on vise dans le fond, c'est que ces groupes-là deviennent autonomes. C'est-à-dire qu'ils continuent de se rencontrer, à faire des exercices physiques ensemble, à manger santé, donc ça, c'est vraiment dans une optique de pérennisation du groupe » (P03).

En misant sur les Hans kaï, on espère évidemment améliorer la santé des individus en conscientisant les gens sur l'importance de se prendre en main. L'objectif ultime est d'« amener une baisse de la consommation des soins de santé » (P03). Pour ce faire, la CSRC a reçu en août 2009 une subvention de 360 000 \$ du MAMROT, via l'enveloppe réservée aux laboratoires ruraux, afin d'étudier plus en profondeur le potentiel de cette approche auprès de différents groupes de la communauté. La CSRC s'est également associée avec la FCSDSQ afin d'élaborer un cadre de référence d'application du modèle qui pourrait servir aux autres coopératives de santé du Québec. Ces deux associations participeront à bâtir la crédibilité de la CSRC et par le fait même, la promotion de ses activités.

4.1.5.5 Un mécène et un point de service à St-Joseph

Au début de l'année 2010, la population de la municipalité de St-Joseph commence à s'inquiéter. La nouvelle selon laquelle leurs médecins de famille se sont retirés du projet de coop est désormais connue de tous. Cela cause beaucoup de déception: « Ils [la population] ont été déçus de voir qu'eux [les médecins de St-Joseph] n'embarquaient pas. Ça, ça leur a fait très, très...Ils avaient de la difficulté à comprendre pourquoi ils n'embarquaient pas » (E02). Après la consternation vient l'impatience, car les gens ont l'impression de s'être fait mentir : « Là, les gens nous disaient, lors de la réunion de 2007,

vous nous avez garanti des services. Puis on n'en a pas encore, donc nous, l'affaire de payer, ça ne nous intéresse plus » (E02).

Cette situation commence à devenir inquiétante dans la mesure où une partie non négligeable du financement des activités de la coopérative provient de l'achat des parts sociales et des contributions annuelles volontaires versées par les membres. Pour les porteurs de projet qui s'étaient engagés envers la population, cette situation est également difficile à vivre au quotidien. Afin de calmer les frustrations, mais aussi faire avancer le développement des activités de la coopérative, un entrepreneur à la retraite du milieu, également maire de la municipalité de St-Joseph des Érables (voisine de St-Joseph de Beauce) décide en 2010 de donner un coup de pouce substantiel à la CSRC :

« [C'est] un retraité très à l'aise financièrement, qui est un propriétaire de plusieurs industries en région, un type très, très proche des gens, un type qui est maire l'autre côté [de la rivière], dont sa mère de 90 ans, qu'il va voir tous les jours dans un, dans un HLM pour personnes semi-autonomes. Il va la voir à tous les jours, il s'en occupe, il la sort, puis il est inquiet de la vie de sa mère parce qu'elle vieillit, puis les médecins, puis tout ça. À ce moment-là, lui, il a dit, ce n'est pas compliqué [...] je vais bâtir une bâtisse à Saint-Joseph sur le terrain en face du centre d'achat, le terrain qui est vacant [...] il dit, dès que j'ai des médecins, moi, je bâtis, et puis pendant 10 ans, j'offre gratuitement l'intérieur de ma bâtisse à la clinique médicale sans aucuns frais » (E02)

Pour la CSRC, c'est une offre très généreuse. Bien sûr, elle aura à prendre en charge l'aménagement intérieur des nouveaux locaux estimé à 150 000\$ (A03), mais pour cela, on compte sur l'implication des gens d'affaires du milieu:

« On a lancé une campagne de financement. Ce n'est pas du financement porte-à-porte. On est allés voir les entreprises [...] On voulait ramasser 200 000 \$ pour pouvoir fournir. On ne voulait pas que la coopérative s'endette » (A03)

Notons que cette participation n'a pas nécessairement à être monétaire. Les PME sont également appelées à s'impliquer en don de matériaux de construction ou en compétences : « Par exemple, un plombier pourrait dire, bon ben quand tu auras tes lavabos, moi je t'installe ça gratuitement » (A02). Cette façon de faire permet aux plus petites entreprises de pouvoir s'impliquer, malgré des moyens plus limités.

Il ne manque qu'un élément avant de démarrer la construction : un médecin. En effet « [les médecins] nous ont dit : on a tellement d'ouvrage juste à Beauceville qu'on ne peut pas partir en plus pour aller à St-Joseph, on va manquer de temps » (E02). Cela complique un peu les démarches de séduction, car les recrues potentielles devront travailler seules, sans l'aide de leurs collègues de Beauceville. C'est seulement en 2013 que la bonne personne sera trouvée, aidée par le fait que son conjoint est originaire de St-

Joseph (E02). La construction du troisième point de service de la CSRC démarrera enfin, quelque temps après.

4.1.5.6 Les coopératives de santé sur la sellette et un cadre législatif qui se resserre

En septembre 2010, un reportage télévisé¹²² fait grand bruit dans le milieu des coopératives de santé du Québec. Au côté du cas des cliniques privées « payantes », le phénomène des coopératives de santé est abordé en mettant l'accent sur la pratique non conforme de certaines d'entre elles, particulièrement sur le dossier des contributions annuelles volontaires. La CSRC ne figure pas au rang de ces délinquantes, mais cela est suffisant pour créer un certain malaise surtout au sein des intervenants de la MRC. Assez étonnamment, les membres utilisateurs-consommateurs semblent peu touchés par cet épisode :

« Moi, j'en ai plus entendu parler par les intervenants du territoire que par les citoyens qui venaient ici. [...] Il y a quelques personnes qui ont posé des questions, mais il y a plein de monde qui disait, ah moi ma coop elle n'est pas comme ça. [...] C'a été, je dirais, plus émotif à l'interne. [...] les intervenants du milieu étaient paniqués, bon...mais ce n'est pas le

¹²² Émission La Fature (SRC), première diffusion le 21 septembre 2010. En résumé, une quinzaine de coopératives ont été trouvées coupables d'obliger les cotisations annuelles ou l'adhésion à la coopérative afin de faciliter l'accès à un médecin de famille (ou autres privilèges reliés à des services assurés par la RAMQ).

monsieur ou la madame qui arrive ici qui en parlait [...] dans les deux-trois premières semaines, il y a peut-être deux-trois personnes qui en parlaient, point (A02). »

Pour faire face à cette situation, les administrateurs de la coopérative décident de ne pas accorder plus d'attention qu'il n'en faut à l'émission et d'agir au cas par cas en expliquant l'importance de l'adhésion à la coopérative ou de la contribution annuelle volontaire :

« Ce n'était pas le temps de faire une rencontre d'information. Ça dérape, ça... mais ce qu'on a fait et que l'on continue de faire encore, c'est que l'on met beaucoup d'effort à l'expliquer [l'importance de l'adhésion ou de la contribution annuelle] à chaque personne qui pose des questions (A02). »

Cela étant dit, les administrateurs de la CSRC ne peuvent s'empêcher de constater que le cadre législatif entourant la pratique des coopératives de santé devient de plus en plus restrictif. Le bon côté des choses est que désormais, les règles sont claires et connues par tous. Par contre, de l'avis de certains, elles peuvent parfois être inconséquentes :

« Il y des contradictions là-dedans. C'est qu'à un moment donné, le gouvernement avait quasiment envie de nous dire qu'on n'avait pas le droit d'exister, qu'on était illégaux. Mais nos lettres patentes viennent du MDEIE. Puis ils taxent nos contributions annuelles avec la TPS puis la TVQ, tu sais, il y a un non-sens, là. Comment tu peux dire qu'un modèle

est illégal si tu lui as donné des lettres patentes et que tu lui réclames de l'argent de l'autre bord! » (A02).

La CSRC, au même titre que les autres coopératives de santé, sera inspectée à quelques reprises par la RAMQ à travers de son développement. Cependant, le souci qu'ont eu les administrateurs de « toujours être conforme à la réglementation » (P02) a porté ses fruits, car hormis quelques demandes d'ajustement, la réputation de la CSRC n'a jamais été mise en cause. Bien au contraire, elle est considérée comme « un modèle » (A02) dans le monde des coopératives de santé québécoises.

4.2 La coopérative santé Robert-Cliche en 2013

Lors de notre présence sur le terrain au printemps 2013, la CSRC comporte 5698 membres utilisateurs-consommateurs (3555 adultes et 2143 enfants). Il faut rajouter à cela 12 membres utilisateurs-producteurs, 50 membres de soutien et 15 membres travailleurs. Le conseil d'administration (CA) est composé de 11 administrateurs votants et trois observateurs (non-votants). Les membres utilisateurs-consommateurs détiennent sept des onze sièges, soit six sièges répartis selon les secteurs de la MRC plus un dernier

siège non sectorisé. Viennent ensuite les membres utilisateurs-producteurs, les membres travailleurs et les membres de soutien qui ont chacun un siège, pour un total de trois. Finalement, on retrouve un représentant des Caisses populaires, qui se trouve à être également le président du CA. Les membres observateurs représentent pour leur part le CSSSB, le CLD Robert-Cliche et la MRC Robert-Cliche. La direction générale, qui relève du CA, s'occupe de l'administration et de la comptabilité, du développement des affaires, de la gestion des activités des Hans kaï et, au besoin du personnel infirmier supplémentaire pour les services non couverts par la RAMQ.

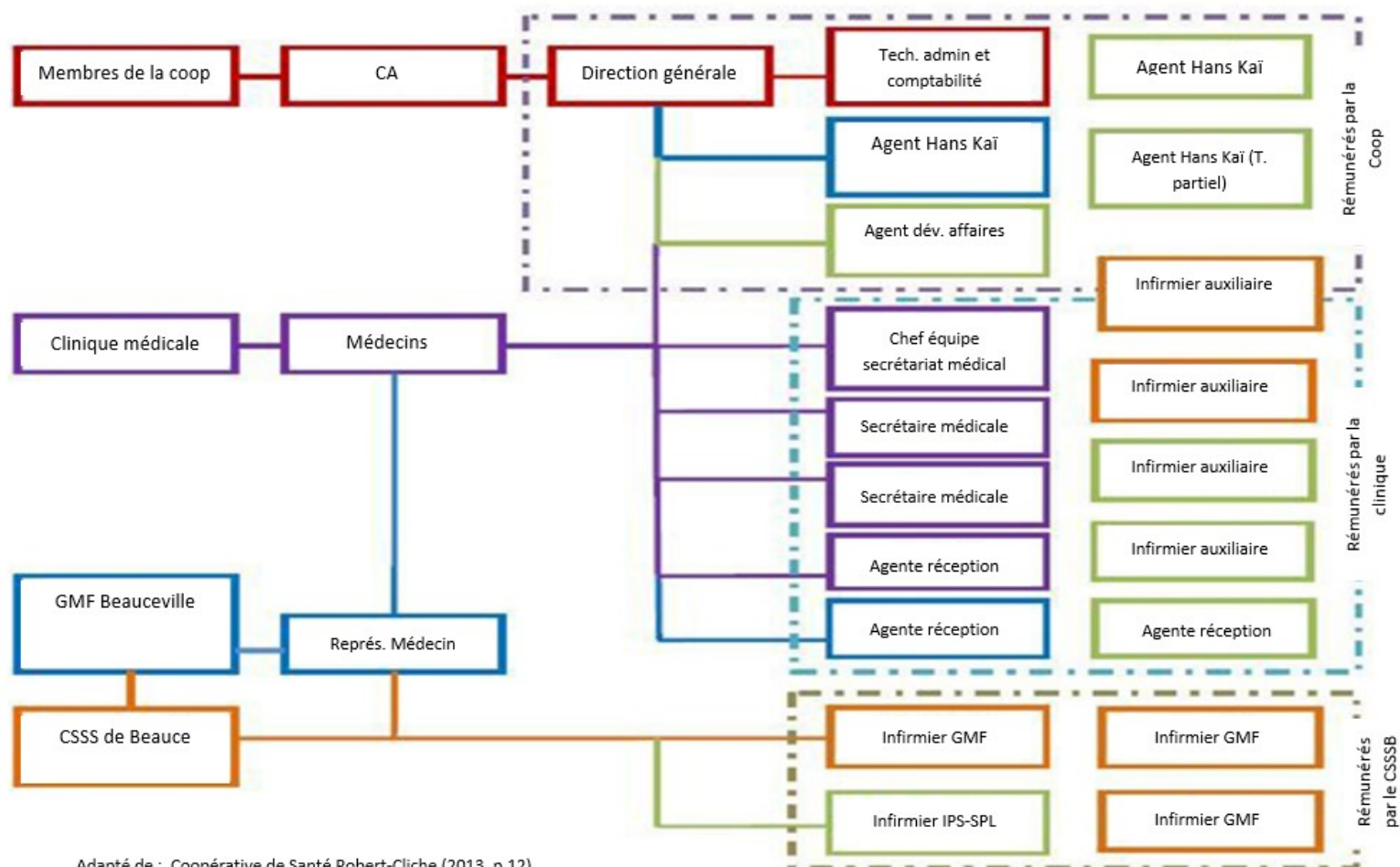
Pour devenir membre, il faut acheter sept parts sociales à 10 \$ chacune. Notons que cela ne s'applique que pour les adultes, car les enfants sont automatiquement inclus dans le prix, peu importe leur nombre. Quant à la contribution annuelle volontaire, elle a été fixée à 86 \$ et a d'ailleurs été acquittée par 80 % des membres. Plus de la moitié des membres utilisateurs-consommateurs a moins de 40 ans, ce qui confirme une tendance observée depuis les débuts : « ce sont les jeunes qui embarquent le plus, les personnes âgées sont plus réticentes.... Elles ont déjà leur médecin de famille » (E02). Chaque année, une augmentation de 10 % à 15 % est constatée ce qui fait en sorte que dans certaines petites municipalités, l'adhésion à la coopérative est une chose presque banale : « Tu vois, moi, ma municipalité a 500 de population, puis il doit y en avoir les trois quarts qui est membre [de la CSRC] » (A01). La coopérative déploie beaucoup d'efforts dans le

recrutement et le renouvellement des adhésions, en plus de toujours rechercher de nouveaux services à offrir aux membres.

La structure organisationnelle de la coopérative a évolué depuis sa fondation. Des deux entités de départ (coopérative et clinique), la CSRC en comporte maintenant trois puisqu'elle a désormais le statut de GMF. Les médecins, toujours en société de dépense (la clinique), travaillent en partenariat avec la CSRC afin d'offrir des services de consultations médicales. La direction générale de la coopérative les soutient dans la gestion des dépenses et des ressources humaines (agentes de réception et infirmières auxiliaires) de la clinique. Tout comme au départ, l'ensemble des dépenses reliées aux services médicaux comme le personnel, le matériel, l'équipement et les espaces locatifs est entièrement pris en charge par les médecins (Figure 10).

Vient finalement le GMF qui relève beaucoup plus du CSSSB et des médecins, que de la coopérative. Les trois travaillent malgré tout en partenariat afin d'offrir des SPL mieux adaptés à la population de la MRC Robert-Cliche (heures défavorables). Grâce à ce statut, la coopérative peut désormais offrir les services d'un « super infirmier » (infirmier IPS-SPL) à la population. Tant la clinique que le GMF ont leur propre charte et leur budget respectif. La Figure 10 de la page suivante présente distinctement ces trois entités.

Figure 10 Organigramme de la CSRC en 2013



Adapté de : Coopérative de Santé Robert-Cliche (2013, p.12)

4.2.1 Service de consultations médicales

À notre arrivée en 2013, la CSRC comptait sept médecins de famille. Soit deux de plus qu'en 2009¹²³. Tel que mentionné précédemment, ces médecins sont des membres utilisateurs-producteurs locataires de la coopérative. Les plus récentes données auxquelles nous avons pu accéder démontrent que l'équipe de médecins a offert environ dix périodes de sans rendez-vous par semaine, sans compter les 1300 périodes de quatre heures pour les consultations avec rendez-vous. Au total, plus de 30 000 consultations médicales qui ont été réalisées dans les murs de la CSRC (Coopérative de santé Robert-Cliche, 2013b).

En 2010, le CSSSB a fait un appel à projets afin d'avoir accès à une infirmière IPS-SPL sur son territoire. La CSRC avait alors déposé une demande qui s'est concrétisée plus de trois années plus tard. C'est finalement un infirmier IPS-SPL qui sera recruté et qui permettra à 150 personnes supplémentaires de se trouver un médecin de famille. Rappelons qu'un infirmier IPS-SPL peut demander et interpréter certains tests médicaux, poser certains diagnostics, prescrire des médicaments ou traitements, voire même suivre des femmes jusqu'à 32 semaines de grossesse (Ordre des infirmières et infirmiers du

¹²³ Malheureusement, le début de l'année 2013 a été marqué par le décès de l'un des nouveaux médecins recrutés par la coopérative. C'est donc huit médecins qu'il y avait en tout, avant ce triste événement.

Québec, 2014). Bref, cela allège la tâche des médecins de famille qui ne sont alors vus que si le problème de santé dépasse les compétences de l'infirmier IPS-SPL. Avec humour, l'un des participants nous souligne que l'arrivée de cette ressource spécialisée a causé quelques inquiétudes au sein de l'équipe des médecins : « oui, mais qu'est-ce qu'il nous restera à faire, nous ? » (A02) aurait dit l'un d'eux. Malgré tout, les choses se seraient vite replacées et l'infirmier IPS-SPL a été pleinement accepté et apprécié dans l'équipe de travail.

L'offre de services de consultations médicales dans la coopérative convient sans aucun doute à l'ensemble des personnes interrogées lors de notre présence sur le terrain. La proximité des services, les médecins nombreux, les heures de sans rendez-vous étendues et la modernité de la clinique font en sorte que la satisfaction est au rendez-vous chez les membres utilisateurs-consommateurs :

« J'ai été là, une fois. Le médecin m'a vu et il m'a dit : ils t'attendent à St-Georges, pour passer un test, une radiographie pour les poumons. Avoir passé par [l'urgence] à St-Georges, je serais peut-être encore là » (U01).

« Tu sais, c'est une question de bien-être. Moi, au lieu de perdre des heures de temps, de lâcher mon travail, m'en aller à St-Georges, payer mon gaz, ben je trouve que je suis gagnante » (U03).

« Avec l'arrivée de la coop, les gens se rendent compte qu'ils peuvent aller voir leur médecin la journée même. Le médecin est capable de communiquer avec les médecins de [l'hôpital de] St-Georges, vous envoie faire un rayon X, une IRM, en médecine nucléaire. Ça se fait rapidement maintenant [...] ils sont capables d'avoir les résultats tout de suite, ils sont capables de...c'est vraiment super » (U04).

4.2.2 Autres services offerts par la coopérative

Du côté des services non couverts par la RAMQ, trois professionnelles de la santé (psychologue, travailleuse sociale, nutritionniste) continuent d'offrir des services à la population de la MRC Robert-Cliche. Elles sous-louent les bureaux non occupés des médecins afin de réaliser leurs rencontres. C'est environ une centaine de consultations qui ont été faites par l'une ou l'autre de ces professionnelles depuis le début des activités de la CS (Coopérative de santé Robert-Cliche, 2013b).

La CSRC met beaucoup d'énergie à « perdre le moins d'opportunités possible » (A02) afin de générer des profits et d'avoir une coopérative financièrement viable. C'est ainsi qu'elle a développé les services des prélèvements sanguins, de traitement des verrues à l'azote liquide, du dépistage de l'apnée du sommeil et des vaccins pour les voyages. Plusieurs de ces services sont déjà offerts par le CLSC local - littéralement la porte à côté - mais il semble que la CSRC ait décidé de cibler particulièrement les services

où les temps d'attentes et horaires offerts sont incompatibles avec les besoins de la population :

« Par exemple, la clinique d'apnée du sommeil. J'ai entendu à un moment donné qu'il y avait de l'attente. Je ramène cela à mon équipe ici et on a parlé avec l'inhalo [sic] du centre de santé. Elle dit, il y a tellement d'attente chez nous, vous pourriez faire ça, vous. Et pouf! On a parti un service. [...] Un jour, un médecin nous dit : Pourquoi on ne donnerait pas des vaccins pour les voyages? Au début, on a dit, oui mais ça se fait déjà dans le CLSC. Puis là, le médecin nous décrit la démarche : tu prends un rendez-vous chez le médecin et tu lui dis que tu pars en voyage. Il te donne une prescription, tu t'en vas à la pharmacie et tu achètes ton vaccin. Tu prends un autre rendez-vous avec ton médecin et là il te donne ton vaccin. [...] ce qui fait qu'à un moment donné, tu pars en voyage sans vaccin. Parfait, on va avoir des vaccins pour les voyageurs [...] puis les gens adorent ça, parce qu'ils [les vaccins] sont ici¹²⁴ » (A02).

Nos entretiens de recherche révèlent que tous ces services sont grandement appréciés par la population, car ils cadrent aux réels besoins ressentis :

« J'ai utilisé souvent le service de prélèvement, surtout pendant ma grossesse. Parce que normalement, tu es obligé d'aller dans le CLSC près d'où tu habites. Moi, je reste à Beauceville, mais je travaille à St-Georges. C'était pratique pour moi de payer, genre, un 10 \$ pour la prise

¹²⁴ Il faut comprendre que, contrairement à la démarche décrite dans cet extrait, les gens qui se prévalent du service de vaccination pour voyageurs de la CSRC n'ont pas à aller chercher le vaccin à la pharmacie. La coopérative a des vaccins qu'elle garde en réserve. Lorsqu'une personne se présente au rendez-vous, le vaccin est déjà sur place, ce qui raccourcit grandement le délai d'attente. Évidemment, c'est une manière, pour la coopérative, de générer des profits, car le vaccin « lui appartient » et elle peut le vendre au prix qu'elle le veut.

de sang, mais à 7h au lieu de 8h30, tu comprends? Avant d'aller travailler » (U08).

« Ils [administrateurs de la coopérative] essaient vraiment de répondre à la demande [...] avoir des prises de sang quand tu veux. C'est des affaires qui sont banales, mais astheure que tu les as facilement, je trouve que ça vaut vraiment la peine » (U06).

4.2.3 Avantages consentis aux membres utilisateurs consommateurs

Tout comme depuis le début, et en accord avec le cadre législatif provincial et fédéral, l'adhésion à la coopérative (ou le paiement de la contribution annuelle volontaire) ne permet pas d'avoir un privilège relatif aux consultations médicales. Évidemment, comme dans toutes autres cliniques, il faut avoir un dossier médical ouvert à la CSRC afin de pouvoir consulter un médecin, mais le fait d'être membre ou non n'a aucune influence sur la rapidité ou les chances d'avoir un rendez-vous (A02).

Cela étant dit, et même si l'adhésion à la coopérative et la contribution annuelle sont décrites comme des gestes de soutien au développement de la MRC, il demeure que certains avantages sont réservés aux membres. D'abord, et ce depuis les débuts de CSRC, les membres ont des rabais (entre 5 % à 20 %) sur les services offerts par les membres

soutien de la CS : centre d'entraînement, club de golf, massothérapie, optométrie, physiothérapie, etc.

Ensuite, les membres ont des rabais sur les services non couverts par la RAMQ offerts par la CSRC. Ceci ne doit toutefois pas toucher les actes médicaux (formulaires pour assurances et indemnité, rapport médical, etc.). L'inscription à un groupe du programme Hans Kaï est également substantiellement moins dispendieuse pour les membres.

Une autre innovation est la possibilité, pour les membres de la CSRC de ne pas avoir à attendre dans la salle d'attente lorsqu'ils se présentent aux périodes de sans rendez-vous. Pour plusieurs, cet avantage « n'a pas de prix » (U03), car il permet de retourner au travail et de revenir juste avant l'heure prévue du rendez-vous avec le médecin. Ce nouvel ajout a demandé de l'ajustement dans les débuts, car plusieurs personnes ont oublié leur rencontre et ne sont pas présentées. Un peu à contrecœur, les médecins ont accepté que la coopérative pénalise les personnes fautives, par respect pour ceux qui sont « sur la liste d'attente » (A02). C'est ainsi que les membres doivent payer 20 \$ pour un rendez-vous non respecté.

4.2.4 Financement et visibilité de la coopérative

Dans un domaine aussi règlementé que la santé, il n'est pas facile pour la CSRC de générer des « revenus autonomes » (A02). C'est pourquoi la coopérative met autant l'accent sur le développement des services non couverts par la RAMQ et sur le paiement des contributions annuelles volontaires :

« Des fois ils [les membres] reçoivent une lettre, quand ils ne paient pas leur contribution annuelle il y a quelqu'un qui les appelle puis souvent ils expliquent pourquoi c'est important, puis tout ça, pourquoi on n'a pas le droit d'obliger » (A02)

Même ainsi, la situation financière reste précaire. C'est pourquoi les administrateurs usent de plusieurs stratégies afin de garnir les coffres de la CS. Entre autres choses, la première édition du tournoi de golf « Santé prestige » en juillet 2011 a permis d'amasser 75 000 \$ au profit des trois organisations visées par cet évènement¹²⁵. Le montant a été réparti équitablement entre les trois. Une autre source de financement, nouveau lors de notre présence sur le terrain, est la vente d'espaces publicitaires dans la salle d'attente de la CSRC.

¹²⁵ Fondation Desjardins, Fondation Cambi et Coop santé Robert-Cliche.

Les Hans Kaï permettent aussi de générer des revenus. Le coût de démarrage d'un Hans kaï pour les non-membres est de 75 \$, 25 \$ pour les membres. Les personnes avec des moyens financiers limités peuvent payer leur inscription en faisant du bénévolat à la CS. Toutefois, avant d'en arriver à ce point, la coopérative a dû faire des demandes de financement à diverses organisations afin de déployer lesdits groupes. La subvention du MAMROT (Laboratoire rural) abordée précédemment est probablement la plus importante, mais le CSSSB s'est aussi investi financièrement à une hauteur de 30 000 \$. Des demandes de soutien ont aussi été adressées au Forum jeunesse de Chaudière-Appalaches, aux Caisses populaires et aux municipalités de Robert-Cliche. On soulignera aussi une subvention octroyée par l'Agence de santé publique du Canada (165 200 \$) afin d'implanter les Hans Kaï dans les familles de la Beauce afin de prévenir les problèmes d'obésité et le diabète de type II.

Le financement des activités, la viabilité des Hans Kaï et l'effectif sont étroitement liés à la visibilité de la coopérative. Aussi, beaucoup d'efforts sont mis pour que la CSRC soit un sujet de conversation récurant dans la MRC : « Il faut aller dans les médias au moins une fois par mois » (P06) relate l'un des participants. En effet, on constate que la CSRC occupe une bonne place dans les médias locaux et régionaux : achat de publicité dans les radios ou dans les journaux, envois de communiqués de presse portant sur les différentes activités de la coopérative. Toute nouvelle ou tout changement au sein de la

CSRC est susceptible de générer une forme de communication : « On ne dit pas n'importe quoi, mais tu sais, si on fait quelque chose, on essaie de le virer en nouvelle de n'importe quelle manière » (P06). La coopérative a également plusieurs panneaux d'affichages et affiches dans les commerces de la MRC et elle distribue des dépliants ou des signets. Fait à noter, les membres de la coopérative, depuis les tous débuts d'ailleurs, font leur part en faisant la promotion de la CS à leurs proches et connaissances (A01, E03, U03, U04, U05, U06, U08). Cette façon de faire donne une vision plus personnelle et pratico-pratique des services de la CS aux personnes qui seraient potentiellement intéressées à devenir membres.

Une autre manière de créer de la visibilité est d'être présente dans les événements sociaux de la MRC : tournois de golf, foires et festivals. Pour ce faire, la coopérative a fait l'achat d'une petite tente portant ses couleurs qui peut être déployée en tout temps. Sous la tente, les personnes peuvent prendre différentes mesures de santé qui pourraient révéler un problème de santé non connu.

« Ça, un tournoi de golf, ça marche. Et le monde, ils y vont tous, là. Bon, disons que je vais aller faire prendre ma pression, des fois que, tu sais...et là tu te fais dire, bien oui, tu fais un peu de pression, tu devrais aller voir ton médecin [...] c'est assez impressionnant, parce qu'un tournoi de golf c'est 100 ou 200 personnes [...] Ça fait une belle visibilité à la coopérative » (A06)

Toutes ces initiatives sont à ce point importantes pour la coopérative que depuis juin 2013, la directrice de la coopérative s'est adjoint les services d'un coordonnateur administratif afin de lui déléguer une partie des activités quotidiennes de gestion. Elle peut ainsi se concentrer, avec l'agent de développement des affaires, au développement de la coopérative de santé.

4.3 Conclusion du chapitre 4

La population de la MRC Robert-Cliche avait un problème d'accès aux SPL et cela interférait avec son développement socioéconomique. Pour tenter de reprendre du pouvoir sur la manière dont se faisait l'attraction des ressources médicales sur son territoire, elle a mis sur pied sa propre coopérative de solidarité en santé. En misant sur une approche de collaboration et de partenariat très serré entre les différents acteurs du milieu, elle a regroupé un certain nombre de médecins au sein d'un même bâtiment, répondant ainsi aux besoins reliés à la pratique actuelle en cabinet privé. Les besoins de la population ont eux aussi été satisfaits, particulièrement ceux reliés à la consultation rapide d'un médecin ou à des heures défavorables. En modernisant ses services de première ligne, la MRC est devenue plus attractive pour les éventuelles recrues médicales.

À moyen terme, l'objectif est de combler le déficit en médecins de famille et de se protéger contre l'impact catastrophique des départs à la retraite de plus de la moitié des omnipraticiens actuels de la MRC.

Le CLD a été au cœur de ces transformations en menant les consultations publiques pour le Pacte rural 2007-2014 puis en déléguant le dossier à sa commissaire au développement. Les acteurs-clés nécessaires à la mise en place d'un tel projet ont été approchés et mis en réseau pour former un comité de travail. Rapidement, ils ont déniché un financement de démarrage solide, se sont assurés l'assentiment de la population et cela, tout en jonglant avec les différents aspects juridiques et politiques. Lorsque le comité n'avait pas l'expertise pour faire face à un problème, on faisait appel à des intervenants en dehors du milieu (p.ex. : chercheur de l'Université de Sherbrooke ou à la CDR pour l'élaboration de la charte de la coopérative). La coopérative est née après moins d'un an de travail constant du comité. Rapide et efficace, un participant dira du projet que « c'est très conforme à la Beauce, parce que les gens voulaient des services médicaux et ils se sont donné les moyens [de les avoir] (O03) ».

Certains des membres les plus influents du comité de travail sont devenus administrateurs de la coopérative, que l'on pense au représentant des Caisses populaires

local (président du CA), à la commissaire au développement du CLD (directrice de la CSRC) ou au préfet de la MRC (membre votant représentant de Beauceville) pour ne nommer que ceux-ci. Ceci n'a rien d'étonnant, car au printemps 2008 il restait encore beaucoup de travail à abattre avant de lancer officiellement les activités de la coopérative : rénover les futurs locaux de la coopérative, trouver de nouvelles recrues médecins et autres professionnels de la santé, ouvrir un point de service à St-Joseph, etc. Les premières grandes difficultés sont alors apparues, que l'on pense à la dissension entre les médecins, au mécontentement de la population de St-Joseph ou encore, à la mauvaise presse sur les coopératives de santé du Québec. Toutes ont été surmontées, sauf peut-être celle de la démobilisation des médecins de St-Joseph et les environs et cela constituera le « plus grand échec » (A04) de la CSRC.

En 2013, la CSRC est sur sa lancée et est « toujours en crise de croissance » (A02). Sous l'impulsion de besoins qui émergent dans la communauté ou par les suggestions de membres, de nouveaux services se sont ajoutés. Aussi, les Hans kaï ont été démarrés à la grandeur de la MRC ce qui permet à la population de s'impliquer davantage à un niveau individuel (santé personnelle) et communautaire (diminution de la consommation des services de santé). En quelque sorte, la coopérative vient ici compléter le travail du CSSSB, car celui-ci « [reconnaît] lui-même qu'il n'a plus la capacité d'il y a 15 ans ou 20 ans de faire de la promotion-prévention [et qu'il se centre surtout sur] le curatif » (O03).

En connaissant les étapes qui ont conduit à naissance du projet de coopérative de santé en Robert-Cliche, on peut maintenant regarder avec plus d'attention les différentes dimensions de l'*empowerment* communautaire selon le cadre théorique de Ninacs et ainsi répondre à nos questions de recherche. Le dernier chapitre de cette thèse interprète et discute de ces résultats.

CHAPITRE 5

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les deux derniers chapitres ont permis d'expliquer le processus par lequel la MRC Robert-Cliche a perdu sa capacité de décider de son propre développement et, à travers sa coopérative de santé, de retrouver une certaine capacité d'action sur l'organisation des soins de santé de proximité, voire de son développement au sens large. Cette narration, toutefois, n'a pas été pleinement replacée dans le cadre théorique et conceptuel de la présente étude. Ce dernier chapitre veut donc remettre en perspective les résultats dévoilés précédemment afin de faire avancer la réflexion sur les concepts à l'étude et bien sûr, de répondre à nos questions de recherche. Afin de faciliter la lecture de ce chapitre, rappelons que nos questions de recherche étaient :

1. Quels sont les facteurs sociaux, économiques ou politiques qui expliquent l'investissement de la communauté en perte de pouvoir (*disempowered*) dans le projet de création d'une coopérative de santé sur leur territoire?
2. Quels sont les mécanismes qui ont été mis en œuvre afin de favoriser l'implication et la participation des citoyens des communautés visées par la recherche dans le cadre de la réalisation du projet de coopérative de santé?
3. Quels sont les dispositifs structurants qui ont dû être mis en place – ou renforcés – dans la communauté et comment leur action concertée a-t-elle permis la reprise en main collective de son développement à travers le projet de coopérative de santé?

Ce chapitre comporte deux grandes parties. D'abord, afin de répondre à la première question, nous aborderons le *disempowerment* communautaire de la MRC Robert-Cliche, lui-même largement en lien avec le *disempowerment* de certaines organisations en santé. Cette situation a empêché la population d'utiliser de véritables dispositifs de participation formels dans le secteur de la santé et des services sociaux, ceux-là mêmes qui permettent à un niveau individuel de développer des compétences, l'estime de soi et une conscience critique sur les principaux enjeux qui touchent la communauté. Pour répondre à nos deuxième et troisième questions, nous verrons dans la seconde partie comment le processus d'*empowerment* communautaire a pu être initié par la mise en place d'une nouvelle organisation, compétente au sens de Fellin (2001), faisant office d'intermédiaire mieux adapté entre les individus et l'ensemble-communauté.

5.1 Le *disempowerment* de la MRC Robert-Cliche

Dans le chapitre 1, nous avons soulevé l'absence de définition claire ou d'indicateurs qui permettent de juger du *disempowerment* d'une communauté. En effet, la revue de littérature la documentation tend à démontrer que la majorité des auteurs préfèrent se concentrer sur le processus d'*empowerment* que sur son opposé, ce qui nous cause quelques problèmes dans la mesure où Ninacs (2008) insiste sur la nécessité d'être

en état de *disempowerment* avant de pouvoir s'engager dans le développement de son pouvoir d'agir. À partir de notre cadre théorique et de façon plus large, en cohérence avec divers auteurs du développement local, nous avons donc arrêté une définition qui inclut les notions de milieu de vie, de bien-être et qualité de vie, dans une perspective de réponse à un besoin (services de proximité). Réitérons ici que, pour notre part, une communauté en situation de *disempowerment* est :

Un milieu aux prises avec plusieurs difficultés économiques, sociales ou environnementales, difficultés qui par un effet complexe d'accumulation et d'amplification expliquent aussi l'incapacité dudit milieu à reprendre le contrôle de son développement et lui permettre ainsi de constituer un milieu de vie favorisant le bien-être et la qualité de vie des membres de la communauté.

À partir de cette définition, l'analyse des résultats nous ramène à certains constats. D'abord, au niveau des difficultés sociales, économiques ou environnementales, on constate que la situation périphérique de la communauté a des effets notables sur le développement du milieu. La MRC Robert-Cliche est un territoire peu étendu et peuplé, central dans la région de Chaudière-Appalaches. Sa position géographique semble être à la fois un avantage en termes économiques (à proximité des États-Unis et du marché mondial), mais aussi un désavantage sur l'aspect socioéconomique, comme cela nous a été rappelé plusieurs fois lors des entretiens. Sa proximité avec les grandes villes de Québec, Lévis et Sainte-Marie au nord-ouest ou encore avec St-Georges de

Beauce au sud-est fait en sorte qu'elle a de la difficulté à retenir les familles sur son territoire. Ces dernières préfèrent vivre dans les pôles de plus grande importance disséminés tout autour d'elle et mieux pourvus en services de toutes sortes. Pour utiliser le vocabulaire de la théorie des pôles de croissance, la MRC semble subir l'effet des forces centripètes, soit le drainage des activités de *l'hinterland* vers le ou les pôles (Proulx, 2002). Cela est intéressant puisque la Beauce a souvent été reconnue comme une région périphérique qui a réussi malgré sa position géographique défavorable (Palard, 2009). Pour la MRC Robert-Cliche, il est vraisemblable que ce soit l'accumulation d'un double statut de périphérie qui rend la MRC plus vulnérable.

De fait, les résultats présentés dans les chapitres précédents laissent entrevoir que ce tiraillement entre « le centre et la mondialisation » (Dugas, 2006, p. 32) explique au moins en partie l'incapacité de la communauté à faire face aux problèmes qu'elle a rencontrés ces dernières années. Par exemple, le développement d'activités économiques spécialisées que souhaitent mettre en branle les autorités de la MRC afin de répondre à la menace qui pèse sur la base de son économie (bois, textile, imprimerie) est contrecarré par l'incapacité collective à attirer de la main-d'œuvre spécialisée sur son territoire. Cette nouvelle problématique est nourrie en très grande partie, selon les témoignages obtenus, par l'offre de services de proximité en santé jugée insuffisante.

La MRC a été incapable pendant plusieurs années d'attirer de nouveaux médecins sur son territoire. Nous avons pu constater que les acteurs de premier plan qui auraient pu agir sur ce problème n'y sont pas arrivés. Les PREM disponibles pour la région étaient toujours comblés, année après année. Cependant, le CSSSB n'avait aucune autorité sur le lieu de pratique des médecins puisque ces derniers sont des travailleurs autonomes rémunérés par l'État. Le CSSSB s'est d'ailleurs défendu de pouvoir faire plus en insistant sur le fait que « *la capacité d'être attractif [c'est de la] la responsabilité des gens du milieu* » (O01). Or cette capacité d'attraction, selon nos résultats, concernait beaucoup moins le milieu de vie global (services disponibles, cadre de vie, rémunération, etc.) que les conditions de travail proprement dites. En cela, et pendant plusieurs années, ce n'est ni la population locale, ni les autorités municipales ou encore le CLD qui se sont sentis interpellés – ou autorisés? - à agir sur le problème. Celui-ci concernait des entreprises privées, donc était de nature organisationnelle, et on l'a longtemps laissé exister sous ce visage.

Cette perception n'est pas fausse. Notre étude a révélé comment, au final, la question du recrutement des médecins se fait surtout entre collègues, car les médecins sont propriétaires de leur entreprise. Hélas, pour toutes les raisons que nous avons vues, les omnipraticiens de la MRC Robert-Cliche en ont été incapables ou du moins, dépassés

par l'ampleur de la tâche. Plusieurs facteurs interviennent ici et il nous faut prendre le temps ici d'en décortiquer les particularités.

5.1.1 Le danger vient aussi de l'intérieur...

S'il est un constat qu'il faut faire dès le départ, c'est que la plus grande partie des difficultés de la communauté ne sont pas le fait d'éléments extérieurs au milieu. N'en déplaise aux Parsons (1951) ou Warrens (1963) de ce monde pour qui les communautés tentent toujours de se défendre contre les attaques externes qui menacent leur équilibre, l'origine du *disempowerment* de la MRC Robert-cliche prend source aussi et surtout en son sein. Bien sûr, la communauté a été confrontée à différents changements en santé provenant du macro-système (formation des jeunes médecins, évolution technologique, évolution des mentalités sur la conciliation travail-famille, etc.). Par contre, l'incapacité du milieu à s'adapter à ces changements provient clairement des problèmes de communication entre les différents acteurs-clés de la communauté: entre les médecins des différents cabinets; entre les médecins et le CSSSB et finalement; entre le RLS de Beauce et les acteurs du monde municipal. Voilà qui ferait plaisir à Luhmann (1995), pour qui tout système, telle une communauté, vit surtout par ses communications. Ce manque, comme le dirait Fellin (1995, 2001), a rendu la communauté incapable de répondre aux besoins de la population, particulièrement en matière de santé. En retour, les individus sont devenus incapables d'utiliser les services de manière efficace, ce qui

pour Ninacs (2008) est suffisant pour être vecteur de *disempowerment* individuel¹²⁶. Avant d’aller plus loin sur notre sujet principal, il nous faut faire un petit détour sur ce dernier aspect du modèle de Ninacs, car il permettra de mieux saisir les implications du *disempowerment* communautaire abordées plus loin.

5.1.2 Subir au lieu de choisir

Pour Fellin (1995), les premiers à vivre plus intensément les conséquences d’une communauté incompetente sont les personnes en situation de vulnérabilité (sociale, de santé, économique, etc.). Ces dernières sont plus à risque de subir une situation qui les dépasse, plutôt que choisir d’autres issues plus favorables. Parfois, leur situation de vie les prive de leur capacité de décider pour et par elles-mêmes, puisqu’il ne semble pas y avoir d’autres opportunités de changement (Ninacs, 2008). Le cas de la MRC Robert-Cliche nous montre dans un premier temps que le problème d’accès à un médecin a touché plus durement les personnes vivant avec des problèmes chroniques de santé, les travailleurs avec un emploi précaire ou peu rémunéré, les familles défavorisées et les personnes âgées. Toutes ces personnes ont en commun le fait d’être moins mobiles et dans la plupart des cas, de peiner à assumer les coûts inhérents à la consultation d’un médecin hors MRC (frais de transport, possibilité de s’absenter du travail ou perte de

¹²⁶ Soulignons à nouveau que pour lui, une communauté en situation de *disempowerment* ne peut favoriser l’empowerment individuel. On voit ici toute la question des milieux de vie favorables se dessiner en filigrane.

salaire). Plusieurs ont ainsi vécu du stress et un fort sentiment « d'insécurité » (E02), éléments incompatibles avec un milieu qui favorise le bien-être et la qualité de vie.

D'autre part, les entretiens de recherche nous ont révélé que ces personnes, comme l'ensemble de la population de la MRC par ailleurs, ont eu la perception de ne pas avoir de réel de pouvoir sur le problème que vivait la communauté. À juste titre dirions-nous, car le premier chapitre nous a permis de constater que le modèle provincial valorisé est celui où l'État est le principal responsable en la matière. En conséquence, la population a des attentes très élevées envers le gouvernement. Puisqu'elle « paie cher pour la santé » (A02, A03, A06, E03, P02, U03, U04, U06), elle veut des résultats concrets. Cette opinion a des effets bien connus dans la littérature scientifique, car elle est réputée pour avoir des effets démobilisant sur la **participation** (Adamson & Bromiley, 2008). Les enjeux collectifs qui entourent cette question sont alors occultés (**conscience critique**) par la seule question de la performance du système et de l'expérience individuelle désagréable. Selon certains de nos participants, on voit alors émerger une mentalité d'utilisateur-payeur (A02, U04, E03), incompatible avec l'action collective. Quant aux connaissances sur les modèles alternatifs en matière de prestation des soins de santé (**compétences**), elles étaient peu développées au sein de la population. Ce manque de connaissance a manifestement amplifié la perception répandue de ne pas avoir d'autres choix, sauf celui de subir la situation actuelle et d'attendre que « quelqu'un

d'autre » vienne régler la situation (**estime de soi, participation**). Sous bien des aspects, cette lecture de la situation rejoint celle d'Augoyard and Renaud (1998) et de façon plus large, celle que l'on retrouve dans les écrits en santé publique communautaire. Faute de mieux, les usagers utilisent toujours les services offerts, même s'ils sont mal adaptés ou inadéquats. Aussi, cette expérience est le plus souvent vécue négativement et laisse aux personnes l'impression d'avoir bien peu de contrôle sur les décisions relatives à leur santé, voire sur leur vie en général (Adamson & Bromiley, 2008; Campbell & Jovchelovitch, 2000; Goudet, 2009; Thibault, 2007).

Nous venons d'aborder que très brièvement les éléments de *l'empowerment* individuel, car ils ne font pas partie des dimensions qui ont été directement étudiées lors de notre présence sur le terrain. Ceux que nous venons de relater font partie des éléments qui ont été librement portés à notre attention par les participants de notre étude. Ce qu'ils dénotent est toutefois très intéressant et permet de faire le lien avec *l'empowerment* organisationnel. D'après ce qui nous a été rapporté, la population, pour une large part, n'a jamais perçu que son implication dans les SPL pourrait faire partie de la solution aux problèmes vécus par la communauté en matière de santé. Les raisons qui expliquent cette situation s'expliquent pour une bonne part par la nature des intermédiaires entre les individus et le reste de la MRC Robert-Cliche qui sont présents dans le RLS. Ceux-là mêmes qui, en tant que dispositifs formels (Mendell, 2006), servent

idéalement à favoriser et à canaliser la participation citoyenne autour de projets structurants. Nous nommons ici les organisations (Fellin, 1995, 2001; Ninacs, 2008).

5.1.3 Les organisations en santé en situation de *disempowerment* ?

Les organisations sont cruciales dans l'exercice du pouvoir, car elles permettent de transformer un certain nombre d'adhérents à *telle* cause en une force...organisée (Alinsky, 1976; Lee, 2011). Dans le cadre théorique de l'*empowerment* (Ninacs, 2008), les organisations sont aussi reconnues pour être des lieux d'*empowerment* individuel dans une communauté qui a besoin de ces dispositifs formels afin d'améliorer la gouvernance locale, l'échange d'information et le partage d'expertise. Cette position centrale entre individus et communauté révèle le rôle important qui est le leur, car lorsqu'elles ne parviennent plus à réaliser leur rôle, cela entraîne parfois le *disempowerment* de la communauté.

On rappellera que Ninacs (2008) considère les organisations comme des entités qui ont leur propre processus d'*empowerment* (EO). Cela sous-entend qu'elles peuvent aussi avoir leur propre processus de *disempowerment*. Or, nous entrons ici dans un domaine

qui n'a pas été prévu au départ dans notre étude, en ce sens que les indicateurs d'un éventuel *disempowerment* organisationnel ne font pas partie des éléments qui ont été directement étudiés lors des entretiens de recherche. On peut supposer que la question du rôle de ces organisations a beaucoup à voir avec cette notion de *disempowerment*, c'est-à-dire de la capacité à fournir des services de santé accessibles à l'ensemble de la population. Mais il faut résister à la tentation, comme le diront Ninacs (2008) ainsi que Bacqué et Biewner (2013), de voir le *disempowerment* (ou l'*empowerment*) organisationnel comme une simple question de performance. Quant à la rare littérature actuelle sur le sujet, même élargie à d'autres domaines comme la psychologie communautaire ou le management, elle continue pour une large part à considérer le *disempowerment* organisationnel comme la somme des incapacités individuelles des travailleurs, membres ou usagers (Singh, 2006; Smith, Andrusyszyn, & Spence Laschinger, 2010). Sans doute, à l'instar de Peterson et Zimmerman (2004), nous pouvons nous référer à la capacité de l'organisation de réaliser sa mission, élément pour lequel l'organisme a été originellement créé. En ce sens, on ne doit pas perdre de vue les fondements de base de l'*empowerment* qui précisent que peu importe le niveau d'*empowerment*, il concerne toujours la capacité à prendre des décisions de façon autonome (Bacqué & Biewner, 2013; Friedman, 1992; Ninacs, 2008).

Bref, on devine à l'aide de ces quelques éléments de réflexion que le *disempowerment* organisationnel serait relié à une situation où une organisation ne possède pas suffisamment d'emprise sur les décisions qui la concernent, contexte qui l'empêche de réaliser sa mission et donc, de répondre aux besoins de ses membres ou utilisateurs. Gardant à l'esprit cette définition de travail très préliminaire, on peut alors se rapporter aux quatre éléments de l'EO et voir, d'après nos données, ce qui semble être déficient ou manquant.

La **participation**¹²⁷ des cliniques dans la communauté à l'étude concerne nécessairement celle qui peut se réaliser au sein du RLS selon le principe de responsabilité populationnelle que nous avons abordé au chapitre premier. La définition de cette notion nous a permis de comprendre qu'à la base, les possibilités de participations pour les cabinets de médecins dans un RLS sont assez limitées. Pour ceux hors GMF – et aujourd'hui les GMF-R - ces possibilités s'amenuisent davantage et se résument alors presque exclusivement à la fourniture de service à la population (Côté, Lanctôt, & Rhéault, 2010; St-Pierre, Legeault-Mercier, Grégoire, & Côté, 2010). Le cas à l'étude est représentatif de cette situation et à notre avis, cette dimension est liée aux difficultés du RLS de Robert-Cliche. Nos résultats ont pu mettre à jour l'isolement des cliniques et le

¹²⁷ La participation des organisations est très semblable à celle des individus. Elle concerne celle qui se réalise dans des collectifs d'organisation (organisations intermédiaires) et dans la communauté globale (Ninacs, 2008)

peu de liens entre elles et le CSSSB ou de façon plus large, avec l'Agence de santé régionale. Au surplus, les rares possibilités de participation ont été court-circuitées, comme nous l'avons vu, par la méfiance et les non-dits entre les différents acteurs, ce qui est flagrant dans le cas des médecins de St-Joseph qui ne font plus le suivi de leurs patients dans les établissements du CSSSB (Tableau 11).

La question des **compétences**¹²⁸ est un peu plus délicate, car elle touche de près ou de loin à celle de la fourniture des soins médicaux. Évidemment, il n'est pas question pour nous de juger de la qualité des soins de santé. Par contre, on peut constater, toujours dans un esprit de responsabilité populationnelle, que les cabinets et le CSSSB n'ont pas été en mesure d'offrir des services de proximité en santé accessibles à l'ensemble de la population dans la MRC Robert-Cliche (Quenneville et coll., 2008). Pour les établissements publics, on sait que cette situation est attribuable aux lois 25 et 83 (Québec, 2003, 2005b), qui ont respectivement vu naître les CSSS et circonscrit le rôle des différentes instances au sein des RLS. Cela n'est pas spécifique à la MRC Robert-Cliche, bien sûr, mais la conséquence pour la communauté à l'étude est qu'une grande partie des services généraux de première ligne ont été centralisés dans la MRC voisine. Ce changement majeur du mode d'organisation des soins de santé provenant du centre a eu

¹²⁸ Les compétences des organisations sont celles des individus qui en sont membres, qui y travaillent ou qui sont administrateurs, selon le cas. L'aspect important des compétences organisationnelles est le transfert du savoir et des compétences afin d'assurer la survie de l'organisation dans le temps (Ninacs, 2008)

pour effet, à l'échelle locale, de fragiliser les SPL ce qui est tout à fait conforme aux effets que l'on peut retrouver dans la documentation scientifique (Richard et coll., 2007). Bref, dans ce contexte législatif national particulièrement contraignant, on comprend que les gestionnaires du CSSSB n'ont pas été en mesure de remplir adéquatement leur principale fonction qui est d'assurer « l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local » (MSSS, 2004, p. 12). Pour cela, ils devaient établir des liens avec « les producteurs de services de première ligne du territoire local, dont les médecins de famille» (p. 13), ce qui encore une fois, n'a pas été suffisamment fait. Du côté justement de ces producteurs de services, on sait que c'est le manque de relève et l'incapacité des médecins à recruter qui sont responsables de la situation observée. Par manque de temps bien sûr, mais aussi en raison de leur incapacité à s'adapter aux changements de pratique médicale provenant du suprasystème. Ne pouvant se constituer une relève, ils étaient incapables de procéder au transfert de connaissances et d'expertise cruciales à la (sur)vie de leur organisation. Si rien n'avait été fait, certaines de ces cliniques seraient disparues tout simplement, laissant davantage de patients orphelins et une première ligne encore plus désorganisée qu'auparavant (Tableau 11).

L'une des dimensions importantes dans la vie d'une organisation concerne sa **reconnaissance**¹²⁹, tant d'un point de vue interne (par ses membres ou usagers) qu'externe (la communauté). À l'interne, on a vu que les médecins ont constaté leur incapacité à s'occuper du recrutement. Ils n'ont pas pensé demander de l'aide extérieure, et encore moins celle provenant de l'extérieur du milieu de la santé, se percevant comme les seuls responsables en la matière. Complètement dépassés, plusieurs ne croyaient plus en la pertinence de dépenser davantage d'énergie sur le problème et avaient abdicqué. Du côté externe, la mésentente entre certains collègues médecins et la méfiance envers le CSSSB laisse croire à un problème de reconnaissance des compétences de chacun. Dans le premier cas, on n'attendait aucune aide, aucune mobilisation, pour espérer régler collectivement le problème et dans le deuxième cas, on ne souhaitait pas nécessairement une intervention de peur de se faire « gérer [ses] affaires » (A02) (Tableau 11).

Individuellement, les médecins étaient vraisemblablement capables de mesurer l'impact concret de l'absence de relève médicale sur l'avenir de leur organisation. Là où la **conscience critique**¹³⁰ a fait défaut, c'est au niveau de la prise de conscience de ces effets sur l'ensemble de la communauté. Dans la mesure où on ignore que le collègue voisin a

¹²⁹ On reconnaît une organisation par sa légitimité d'intervention dans un milieu, ce qui passe par les compétences avec laquelle elle le fait. Sans reconnaissance, une organisation ne peut exister longtemps dans sa communauté (Ninacs, 2008)

¹³⁰ Capacité d'analyse de l'organisation face aux enjeux locaux pour elle, ses membres, voire la population en général (Ninacs, 2008)

« le même problème » (P02) et que les liens avec le CSSSB sont réduits au strict minimum, il est difficile de voir les difficultés et leurs impacts sous un jour collectif (Tableau 11).

Évidemment, ce sont ces quatre facteurs conjugués, un peu à la manière des brins d'une même corde, qui ont entraîné le *disempowerment* des cliniques de la MRC Robert-Cliche au sens de Fellin (1995) et Ninacs (2008). Ce faisant, il devient difficile de faire la distinction entre les causes et les conséquences du phénomène observé. On distingue toutefois que la question de la confiance/méfiance, et de façon plus large, des relations entre les différents acteurs a été au cœur des difficultés qu'a vécu le système santé local. Ces facteurs ont empêché les principaux protagonistes de trouver une solution acceptable à leurs problèmes communs. En bref, pour utiliser les mots de Fellin (1995), les différents acteurs semblent s'être comportés comme s'ils ne faisaient pas « partie d'un système » [notre traduction] (p. 151) ce qui, toujours pour le même auteur, est une difficulté souvent rencontrée en santé. Cette tendance à la pratique en silos, ou d'un manque de continuité entre les organisations et les services, a d'ailleurs été souvent décrite dans les écrits portant sur le système de santé québécois et constitue l'un des enjeux des SPL du Québec (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Conseil de la santé et du bien-être, 2003; Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne, 2013). En soi, le problème n'est pas nouveau, mais il a été amplifié par les relations tendues au sein du RLS de Robert-Cliche.

À la lumière des sections précédentes, on comprend de plus en plus que l'analyse d'un seul type de processus d'*empowerment* (individuel, organisationnel ou communautaire) est ardue, car les relations entre les différents niveaux d'*empowerment* sont nombreuses et interdépendantes. La position intermédiaire des organisations entre les individus et la communauté illustre parfaitement cette situation. La prochaine section s'attarde d'ailleurs à cet autre côté du processus, soit la communauté dans son ensemble.

Tableau 11 Éléments du *disempowerment* des organisations en santé de la MRC Robert-Cliche

Dimensions de l' <i>empowerment</i> organisationnel	Éléments manquants ou à renforcer chez les organisations en santé
Participation	- Isolement et peu d'implication dans le RLS, à l'exception de la fourniture de service
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité des organisations en santé à fournir des services à l'ensemble de la population - Incapacité à recruter de nouveaux collègues - Difficulté à s'adapter aux changements de pratique - Incapacité à faire un transfert de connaissance et d'assurer la survie de l'organisation
Reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance interne de leur propre compétence à agir sur le problème après de multiples échecs - Reconnaissance des pairs de différentes cliniques - Reconnaissance de la légitimité d'action de l'Agence et du CSSSB dans la gestion et l'organisation des cliniques
Conscience critique	- Impossibilité, chez les médecins, de poser un regard critique collectif sur les difficultés que vit le milieu

5.1.4 Un problème de synergie des compétences collectives

Il faut se rappeler que les organisations sont considérées comme faisant partie des **compétences** d'une communauté, l'une quatre dimensions de l'*empowerment* communautaire. En fait, prises séparément, elles ont moins d'importance que la capacité des organisations locales à tisser des liens entre elles. Or, on sait maintenant que plusieurs des difficultés du RLS de Robert-Cliche sont justement issues de relations conflictuelles, réduites à leur plus simple expression entraînant l'incapacité des organisations/cabinets à travailler ensemble afin de surmonter les pressions macro-systémiques. Certains utiliseraient le terme partenariat pour parler de ces relations (Bergeron & Pollender, 2014; Conseil de la santé et du bien-être, 2001; Côté et coll., 2010; Ninacs, 2008).

Tel que nous l'avons relevé en début de ce chapitre, on constate que la majorité des schèmes de relations entre les différents acteurs du RLS de la MRC sont presque exclusivement verticaux, c'est-à-dire qu'ils se réalisent avec des interlocuteurs de différents niveaux hiérarchiques, qu'ils soient régionaux (p.ex. Agence de santé régionale) ou nationaux (p.ex. MSSS ou RAMQ). Les schèmes de relation horizontaux, soient ceux qui se tiennent au niveau de la communauté sont, pour leur part, peu présents et

constituent probablement sa principale incapacité. Wilkinson (1991) irait plus loin sur ce point, en affirmant qu'au-delà de ces relations, le manque de leaders qui auraient pu canaliser ces échanges pour servir le bien commun (et non des intérêts individuels) et ainsi permettre à la communauté de se sortir de sa fâcheuse position était problématique¹³¹. Quoi qu'il en soit, c'est sans doute pourquoi Ninacs (2008) insiste tant sur l'importance des synergies, particulièrement si l'objectif est d'offrir un continuum de service à la population et à la collectivité. Pas seulement en termes d'efficience des services, mais aussi en regard de la coordination, de la diffusion des informations et de la mise en place de dispositifs favorisant la participation et l'implication des individus et des autres organisations (Tableau 12).

L'une des facettes des compétences collectives qui ne doit pas être sous-estimée est celle de leur **reconnaissance** par l'ensemble de la communauté (Ninacs, 2008). Une compétence non connue est en effet difficilement utilisable. Or, les résultats présentés dans les deux derniers chapitres démontrent clairement qu'il aura fallu plusieurs années et l'intervention du CLD avant que l'on identifie clairement les acteurs en jeu et les moyens à mettre en place pour un recrutement efficace. Du côté des médecins, on ne reconnaissait pas la légitimité des acteurs provenant de l'extérieur du secteur de la santé (MRC et CLD) à agir dans ce domaine. Comme le dira l'un d'entre eux à propos de l'aide et

¹³¹ En clair, on parle ici des champs interactionnels communautaires (Wilkinson, 1991)

de la solution apportée par le CLD « on ne savait même pas que ça existait » (P02). Quant à la population générale, la connaissance dans le détail des compétences de chacun et surtout, de sa propre compétence à agir sur le problème était, comme nous l'avons vu, peu présente. Rappelons que c'est en partie par la tenue des soirées d'information sur la CS que la population a pu se convaincre que la « corvée beauceronne » (Palard, 2009) est aussi applicable au domaine de la santé (Tableau 12)

Le fonctionnement en réseau ne peut cependant pas bien fonctionner s'il n'est pas soutenu par des habiletés de **communication** solides qui permettent la circulation de l'information (Ninacs, 2008). Le cas de la MRC Robert-Cliche permet de constater que le déficit de compétences communautaires dans le RLS a été entretenu par les problèmes de communications entre les différents acteurs intra et intersectoriels. Lorsqu'elles sont mal maîtrisées, les communications peuvent empêcher la communauté de gérer efficacement les mésententes et les conflits. Dans le cas de la MRC Robert-Cliche, cela s'est effectivement avéré lorsque l'on pense à la situation tendue entre des médecins de la MRC et avec le CSSSB. Quant aux relations transparentes avec la population au sujet des décisions et difficultés du RLS, on sait que le CA du CSSSB comporte quatre sièges réservés à la population, ainsi qu'un comité des usagers/résidents (CSSSB, 2006, 2007, 2008), mais avec toutes les limitations que cela peut avoir et qui ont été relevées dans la littérature (Forest et coll., 2000; Piron et coll., 2010) . Au sein de ce CA, on ne retrouve nulle part la

trace d'acteurs provenant du milieu municipal ou de ses organes de développement comme le CLD¹³². La réciproque est aussi vraie, ce qui explique qu'il aura fallu attendre les démarches relatives à la constitution de la CS pour que tous s'assoient à la même table et discutent enfin du problème et des solutions (Tableau 12).

La circulation de l'information, l'utilisation et la reconnaissance des compétences sont intimement liées à la **participation** des différents acteurs dans les décisions relatives au développement de la communauté. Pour la population générale, ceux que l'on nomme communément « monsieur-madame tout le monde » (A02, A04), il faut des dispositifs accessibles qui promeuvent et permettent cette participation, car la mobilisation des personnes n'est pas chose aisée (Forest et coll., 2000). Le système de santé local comportait certains dispositifs de participation publique servant à cet effet, comme le conseil d'administration du CSSSB que nous venons de nommer et toujours avec les limites que nous lui connaissons. Par contre, les cabinets de médecins, en tant qu'entreprises privées, n'ont pas ce genre de dispositifs de participation publique ou citoyenne, ce qui renforce probablement leur isolement constaté dans la section précédente. En ce sens, les cliniques médicales, tout comme le CSSSB d'ailleurs, ne peuvent être considérées comme des communautés fonctionnelles au sens de Ninacs

¹³² Ce constat est intéressant dans la mesure où le milieu communautaire a, pour sa part, un représentant depuis de nombreuses années au sein du CA du CLD Robert-Cliche. Cela est dû, comme nous l'avons déjà souligné dans le chapitre 3, au travail incessant de réseautage d'une actrice d'importance provenant de ce milieu dans les années 1990 et au début des années 2000.

(2008), soit des lieux qui favorisent une participation directe et significative, en termes de pouvoir réel sur les décisions (Arnstein, 1969; Miller, 1991). En tant que tel, ce constat n'est pas étonnant vu la nature des organisations concernées. Le problème réel de la communauté en regard de la participation réside plutôt dans le fait qu'il ne semble pas y avoir d'alternatives. En effet, il ne nous a pas été possible d'identifier d'autres dispositifs de participation en dehors des quelques organismes communautaires du milieu et encore, alors qu'ils ne sont pas directement impliqués dans les questions liées à l'accès aux SPL. En clair, dans le RLS de Robert-Cliche, la population générale n'a pas eu la possibilité de s'impliquer concrètement dans les décisions qui relèvent de la gestion et de la prestation des soins de santé. Et comme ce secteur est très hermétique à l'influence extérieure, les autres organisations intéressées par le développement de la communauté n'ont pas pu s'impliquer concrètement dans les problèmes des SPL de Robert-Cliche (Tableau 12).

La participation directe des populations et des organisations est nécessaire afin de développer le **capital communautaire**, dernier élément du processus d'EC. Sans cette participation, dans un contexte où les habiletés de communications sont déficientes, ce qui nuit à l'établissement de réseaux, on se retrouve dans une situation où le sentiment d'appartenance et la conscience citoyenne ne sont pas en mesure de se développer. À terme, cela a des effets pervers comme on peut le constater dans le cas à l'étude. Pour le

RLS, l'accumulation de ces déficiences a entravé la résilience de la communauté et l'a conduit à la situation où elle était en 2007 (Tableau 12).

Nous comprenons maintenant d'un point de vue empirique et théorique les difficultés de la MRC Robert-Cliche, ce qui nous permet ainsi de répondre à notre première question de recherche. Nous pouvons maintenant nous pencher vers les solutions qui ont été apportées afin de permettre à la communauté de reprendre un contrôle sur son propre développement.

Tableau 12 Dimensions de l'empowerment communautaires manquants ou à renforcer

Dimensions de l'empowerment communautaire	Éléments manquants ou à renforcer dans la communauté
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Peu ou pas de synergie entre les différentes organisations en santé - Peu ou pas de partenariats avec les autres organisations de la communauté
Participation	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs de participation individuelle peu nombreux et peu significatifs - Pas de communauté fonctionnelle identifiée dans le secteur de la santé - Participation des autres organisations hors santé non promue ou reconnue
Reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences non connues et reconnues entre les différents acteurs en santé - Manque de connaissance et de reconnaissance de la légitimité des acteurs hors santé à jouer un rôle dans l'organisation des SPL
Capital communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à maintenir la résilience de la communauté

5.2 *L'empowerment* dans la MRC Robert-Cliche ou la naissance d'une compétence collective

Les difficultés de la MRC Robert-Cliche, nous le savons maintenant, sont largement attribuables au manque de synergie entre les différentes composantes du RLS et avec le reste de la communauté et cela, dans un contexte socio-économique plus large déjà contraignant et incapacitant. Les démarches qui ont suivi se sont donc majoritairement concentrées sur ces éléments manquants ou à renforcer. Cela étant dit, le processus d'*empowerment*, qu'il soit individuel, organisationnel ou communautaire, requiert des conditions qui facilitent l'appropriation du pouvoir des individus, des organisations ou des communautés. Avant d'aller plus loin, il nous semble crucial de nous attarder à ces éléments préalables et incontournables.

5.2.1 Facteurs préalables à l'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche

Nous avons déjà établi dans notre cadre théorique que l'*empowerment* requiert un contexte favorable, un terreau dans lequel il peut s'enraciner. Toutes sortes de facteurs peuvent influencer ce contexte, mais nous nous attarderons aux trois facteurs qui ressortent le plus dans la documentation sur le sujet : une marge de manœuvre (espace),

la présence d'un projet structurant et un degré réel de pouvoir sur les décisions (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Curry, 2009; Friedman, 1992; Goudet, 2009; Itahaky & York, 2000; Mendell, 2006; Ninacs, 2008). Nous aborderons aussi un quatrième facteur qui s'est particulièrement démarqué lors de notre étude : des leaders compétents.

5.2.1.1 Une marge de manœuvre... et des ressources

Le secteur de la santé et des services sociaux est très complexe, car il est composé de différents paliers décisionnels, tous n'ayant pas les mêmes finalités ou objectifs. Il est, en outre, enchâssé dans un cadre législatif très strict, avec des codes déontologiques (médecins, infirmières, travailleuses sociales, etc.) rigides et des descriptions de tâches généralement déterminées par les employeurs, ce qui ne laisse guère de place à l'improvisation et à l'innovation (Conklin et coll., 2010; Giroux, 2008). Pour la MRC Robert-cliche, il s'avère que ce secteur n'a pas toujours été facilitant pour l'émergence du projet, et qu'il a hésité pendant un temps avant de laisser la place aux porteurs de projet. Une fois cette étape passée, le projet a pu obtenir un certain soutien financier, ce qui est généralement un indice de reconnaissance étatique (Savard & Proulx, 2012). Cette reconnaissance a aussi été présente au sein d'autres ministères ou organisations, ce qui a été salubre pour le projet en développement.

Au niveau **fédéral**, nous n'avons pas été en mesure d'identifier un ou des éléments qui auraient pu nuire au développement du projet. Évidemment, comme nous l'avons constaté dans le chapitre premier, le gouvernement fédéral a bien peu de pouvoir sur ce qui se passe au palier provincial, tant que les programmes ou projets respectent la Loi canadienne sur la santé (Canada, 1984). Au contraire, le palier fédéral a été d'une aide certaine pour le développement du projet, notamment par le soutien financier offert lors du démarrage en 2009 et plus tard, par la subvention accordée au projet Hans Kaï par l'Agence de santé publique du Canada. La présence d'un ministre du parti au pouvoir issu de la Beauce, monsieur Maxime Bernier, explique probablement une bonne partie de ce support important. Cela concorde d'ailleurs avec les observations de Palard (2009) sur les façons de faire politique de la Beauce, à savoir que les leaders du milieu placent stratégiquement des personnalités dans les différents lieux de pouvoir, ceux-là mêmes qui pourront ouvrir des portes aux moments opportuns.

Le niveau **provincial**, en la personne du MSSS, est le maître d'œuvre des lois et règlements qui régissent le système de santé et de services sociaux de la province. Comme c'est le détenteur principal des droits décisionnels et des ressources, c'est aussi à ce niveau que nous avons trouvé les plus grandes contraintes pour les promoteurs de projet. Par contre, au final, elles ont eu des conséquences heureuses. Notons d'abord que le PREM est en partie responsable des difficultés de la MRC, en raison de la

répartition inéquitable des ressources en santé au plan local. Nous savons aussi que ce même PREM a été plutôt contraignant pour les porteurs de projet de la CSRC qui auraient bien aimé pouvoir attirer plus qu'un ou deux médecins par année et ainsi régler le problème d'accès plus rapidement. Également, et peut-être de façon plus manifeste, c'est la forme coopérative du projet qui semble avoir été au cœur des difficultés vécues par les porteurs de projet. En effet, les années précédant la naissance de la CSRC avaient déjà façonné la perception plutôt mitigée d'un certain nombre de gens au MSSS envers le mouvement coopératif en santé de sorte qu'en 2008, il était regardé avec suspicion. Il faut se rappeler toutes les embûches auxquelles la CSRC a été confrontée avant de pouvoir enfin commencer ses activités et cela, dans un cadre réglementaire jugé comme parfois abusif et illogique (A02).

Nous interprétons cette période comme un moment de transition, car le MSSS apprenait alors encore comment transiger avec les CS du Québec sur la grande question de l'accès gratuit et universel aux soins de santé et par ricochet, sur le dossier de la rémunération et les bénéfices offerts aux médecins dans de telles entités. Somme toute, nous estimons que cette étape a été bénéfique pour tous, les coopératives de santé du Québec et leurs utilisateurs. En effet, lorsque les balises délimitant les possibilités d'actions des CS ont été définies par le gouvernement, la CSRC a pu prendre son envol dans le cadre qui lui a été imposé, c'est-à-dire, sans participer à la création de deux

catégories d'utilisateurs de services de santé : ceux qui ont les moyens de devenir membre et de voir un médecin, et les autres moins fortunés, mais avec les mêmes besoins que les premiers¹³³. L'évènement en soi aurait été lourd de conséquences pour la population de la MRC Robert-Cliche, car il aurait vraisemblablement précipité le *disempowerment* des personnes les plus vulnérables de la communauté (Ninacs, 2008), mais surtout il aurait confirmé les appréhensions qui sont généralement adressées au mouvement coopératif en santé quant au respect du principe d'universalité et de gratuité (Hébert & Prémont, 2010).

En regard des autres ministères, nous identifions l'aide inestimable du MAMOT par l'intermédiaire de la PNR. La politique en tant que telle mettait en place un contexte favorable au déploiement de projets du genre de la CSRC. Ensuite, le soutien financier rattaché au Pacte rural signé avec la MRC Robert-Cliche a permis le démarrage du projet grâce au 300 000\$ consenti par Conseil régional des élus. Enfin, toujours dans le cadre de la PNR, l'appel de projet pour les Laboratoires ruraux a mené au déploiement des Hans kaï à la grandeur de la MRC, grâce à un autre financement de 360 000\$.

¹³³ Rappelons que les prétentions des porteurs de projet étaient à l'origine de pouvoir exiger l'adhésion à la coopérative afin de voir un médecin (comme plusieurs autres coopératives de santé par ailleurs). On nous a précisé toutefois qu'il avait été envisagé de faire un fond de dépannage pour les personnes les plus vulnérables.

Autre élément intéressant enfin, le regroupement des CS au sein de la FCSDSQ en 2008 et leur reconnaissance par l'AQESSS¹³⁴. Ces deux événements ont sans nul doute facilité l'établissement d'un contexte plus favorable pour le développement de la CSRC.

Au niveau **régional**, les PREM se traduisent en activités médicales prioritaires (AMP). Or, notre recherche ne nous a pas permis d'identifier ces AMP comme des éléments particulièrement contraignants pour le recrutement. L'Agence de santé de Chaudière-Appalaches, sous bien des aspects, n'a pas été particulièrement présente dans la mise en place de la CSRC, ce qui n'est pas très étonnant considérant la nature des organisations en jeu. En ce qui concerne la santé, l'organisation des soins était laissée au CSSS à travers des RLS, donc à un niveau local (MSSS, 2008), ce qui explique donc le peu d'éléments d'analyse au palier régional. C'est un portrait assez semblable qui s'observe dans la sphère de développement socio-économique. En effet, plusieurs de ces acteurs œuvraient à l'échelle infra-régionale à les CLD, donc dans les MRC (MAMROT, 2013a).

C'est au palier **local** que la majorité de l'action et des décisions se sont réalisées pour notre cas. En regard de la MRC, nous savons que le contexte était plus que favorable à l'émergence d'un projet du genre. Les élus, le CLD et le milieu des affaires se sont rapidement ralliés au projet en l'appuyant au meilleur de leurs capacités. Comme nous

¹³⁴ Qui, rappelons-le, a cessé ses activités en 2015.

l'avons souligné au palier provincial, un montant plus que substantiel provenant du pacte rural a été réservé à ce projet. Les Caisses populaires Desjardins, qui ont d'ailleurs toujours appuyé le mouvement coopératif en santé au Québec¹³⁵, se sont elles aussi engagées financièrement, en plus de soutenir techniquement le développement de la coopérative (gestion des adhésions au démarrage du projet). Plusieurs PME du milieu se sont aussi impliquées dans le projet, particulièrement dans la phase de construction de l'immeuble hébergeant le CLSC et la CSRC, mais aussi en devenant membre de soutien et en offrant des rabais sur leurs services aux membres utilisateurs-consommateur de la coopérative. Le CSSSB, après un court moment de réticence, s'est rapidement rallié au projet en l'appuyant financièrement et moralement. En effet, les dirigeants de l'organisation ont rapidement constaté tous les bénéfices que le projet apporterait au RLS, particulièrement pour la portion couvrant la MRC Robert-Cliche. En s'associant au projet, ils ne pouvaient que remplir leur fonction de coordination des ressources sur le territoire (MSSS, 2008) tout en trouvant une solution au problème des SPL de la communauté¹³⁶. Enfin, le contexte favorable est aussi lié au fort appui citoyen. La campagne de recrutement permet d'ailleurs de constater l'importance de ce mouvement. En dehors de l'épisode de discordes avec les médecins de St-Joseph, il n'y a pas eu d'opposition claire

¹³⁵ On notera avec intérêt que plusieurs acteurs provenant du Mouvement Desjardins étaient déjà associés au développement de la toute première coopérative de santé du Québec, celle du Dr Jacques Tremblay en 1944. Depuis lors, cette association se perpétue, comme en témoigne la revue de littérature effectuée. Le soutien se concentre généralement au démarrage des projets, avec des prêts sans intérêts ou des dons proportionnels au nombre de membres, comme c'est le cas pour notre cas à l'étude (Girard, 2012)

¹³⁶ En soi, cette collaboration entre les deux instances n'est pas étonnante puisqu'elle correspond à ce qui s'observe au Québec depuis les années 1990. Dans un modèle de développement que Vaillancourt et Favreau nomment « solidaire », les organismes issus de l'économie sociale participent à la démocratisation et à la collectivisation des services, même si l'État demeure le principal régulateur et distributeur (2001)

et organisée au projet de coopérative de santé. De toute évidence, les porteurs de projet avaient le chemin libre et le plein soutien de la communauté.

5.2.1.2 Un projet, un choix

Un autre facteur aidant qui nous est fourni par la littérature sur l'*empowerment* concerne la présence d'un projet structurant (Ninacs, 2008). Il peut sembler étrange de s'attarder à cet élément, mais il révèle toute l'importance de la qualité de ce qui est véhiculé par les porteurs de projets. Dans le cas de la MRC Robert-Cliche, ce n'est pas tant la possibilité de régler enfin le problème d'accès à un médecin qui a été promue (la finalité), mais bien le projet de coopérative de solidarité, donc la possibilité de pouvoir participer collectivement aux décisions qui concernent les SPL de Robert-Cliche (le moyen). Ce facteur est nécessaire afin de s'engager dans un processus d'*empowerment*, car en se faisant présenter une solution valable, mobilisatrice et gagnante pour tous les acteurs impliqués, la population a pu **choisir** de s'engager dans le projet, de **décider** de devenir membre et d'**agir** en achetant une part sociale. Ce deuxième facteur est directement avec le troisième, soit le pouvoir réel sur les décisions.

5.2.1.3 Qui décide et que change-t-on?

Les deux facteurs précédents, conjugués à la présence d'un état préalable de *disempowerment*, sont certainement nécessaires, mais leur seule présence ne garantit pas que les actions qui suivent s'apparentent effectivement à de l'*empowerment*. Certains critères doivent être présents et permettent de respecter l'idée de base que le pouvoir qui découle de l'action autonome ne se donne pas, mais qu'il s'acquière (Ninacs, 2008). Pour entreprendre les réflexions, Jeffries (1996) suggère de se poser les questions « qui décide? » et « pourquoi intervient-on? ». La réponse à la première question permet de situer le projet sur un continuum allant de « décision complète par la communauté » à « décision par les élites ». Quant à la deuxième question, on peut alors mieux mesurer les velléités des porteurs de projet quant au désir de créer un réel changement ou alors demeurer dans le statu quo (

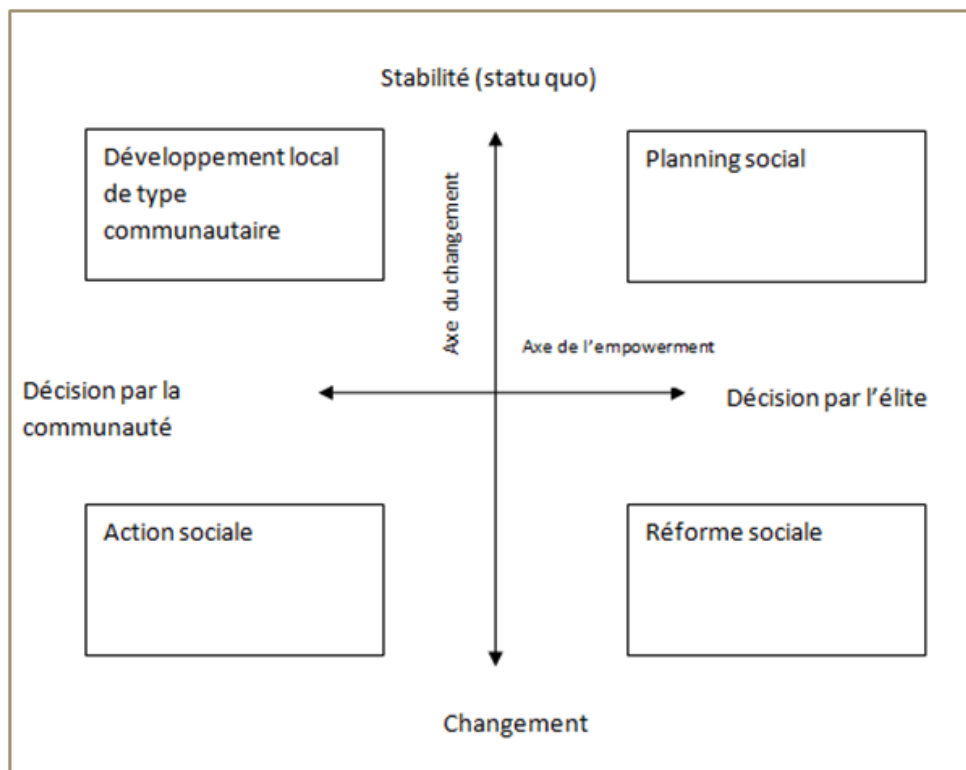
Depuis ses tout débuts, le projet a été identifié comme issu de l'approche de développement local, ce qui techniquement place la communauté plus près des processus décisionnels. Selon Jeffries (1996), on a ainsi un projet qui recèle de plus fortes probabilités d'*empowerment*. Il faut toutefois résister à cette réflexion facile que tout projet étiqueté comme émanant du développement local est nécessairement intégrateur et participatif (dispositifs structurants de l'*empowerment*), surtout lorsque l'accent est mis sur le développement économique, au détriment du social et de tous les processus de

participation qui y sont rattachés (Dextra, 2010; Miller, 1991). En effet, l'approche de développement local, depuis ses tout débuts, s'est considérablement ramifiée en plusieurs versions, chacune ayant des finalités et stratégies différentes et parfois avec des résultats moins que substantiels (Tremblay, 1999).

Figure 11).

Depuis ses tout débuts, le projet a été identifié comme issu de l'approche de développement local, ce qui techniquement place la communauté plus près des processus décisionnels. Selon Jeffries (1996), on a ainsi un projet qui recèle de plus fortes probabilités d'*empowerment*. Il faut toutefois résister à cette réflexion facile que tout projet étiqueté comme émanant du développement local est nécessairement intégrateur et participatif (dispositifs structurants de l'*empowerment*), surtout lorsque l'accent est mis sur le développement économique, au détriment du social et de tous les processus de participation qui y sont rattachés (Dextra, 2010; Miller, 1991). En effet, l'approche de développement local, depuis ses tout débuts, s'est considérablement ramifiée en plusieurs versions, chacune ayant des finalités et stratégies différentes et parfois avec des résultats moins que substantiels (Tremblay, 1999).

Figure 11 Adaptation des modèles d'organisation communautaire de Rothman (2001) selon le cadre d'analyse de Jeffries



Tiré de : Ninacs, 2008, p. 89

Par exemple, nous savons que la population de la MRC Robert-Cliche a été consultée lors des démarches relatives au Pacte rural. Par contre, il faut remettre en perspective cette forme de participation, puisqu'elle n'est pas reconnue pour être un vecteur réel de pouvoir citoyen (Arnstein, 1969; Goudet, 2009) et cela, même si elle est accompagnée de transparence et d'une forme de reddition de compte envers les participants (Piron et coll., 2010). En d'autres mots, il faut ici savoir distinguer les

initiatives qui « donnent » uniquement la parole de celles qui permettent de « prendre » la parole (Ninacs, 2008). Dans le même ordre d'idée, on constate que l'implication directe de la population de Robert-Cliche, dans les premières démarches post-consultations, n'a pas été particulièrement favorisée. C'est l'élite locale, ceux que l'on nomme les entrepreneurs sociaux (P03), qui a pris en main le problème dès le départ, ce qui peut aller à l'encontre de l'idée de ce que l'on se fait d'un processus d'*empowerment* communautaire. On peut supposer que le domaine d'action du projet, la santé et les services sociaux, explique en partie cette situation. Ce secteur est très complexe pour les non-initiés et hermétique à l'intervention d'acteurs hors du milieu (Giroux, 2008), ce qui peut favoriser l'intervention unique d'experts, comme c'est le cas en Robert-Cliche. Il faut aussi rappeler que dans une perspective de développement local, cette façon de faire est souvent favorisée, puisqu'elle permet de mobiliser rapidement des ressources et des savoirs sur un problème particulier (Klein, 2006; RQIIAC, 2010).

Par rapport à **l'axe du changement**, on constate qu'au tout début, les porteurs de projet ne désiraient pas nécessairement changer ce qui existait alors comme mode de fonctionnement : « Au départ, nous, on aurait préféré que ce soit les cliniques déjà en place qui s'occupent du recrutement. Pourquoi tout changer? » (A04). En fait, sous bien des aspects, le projet alors en démarrage ressemblait beaucoup plus à une approche de type socio-institutionnel, parfois appelée *planning social*, soit la résolution d'un problème

par une intervention dans une politique publique ou un changement dans l'allocation des ressources et cela, en concertation ou partenariat avec les différents acteurs institutionnels. À nouveau, c'est une approche très souvent rencontrée dans le milieu de la santé et des services sociaux, car elle permet de négocier une marge de manœuvre entre les experts, incontournables dans ce milieu, et la population générale (Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS & Lachapelle, 2010; Rothman, 1995).

Le projet a cependant évolué assez rapidement, sous l'impulsion des contacts avec des personnes impliquées dans le mouvement coopératif en santé et surtout, après le séjour d'observation au Japon. La forme coopérative et l'implication nécessaire des personnes dans les Hans Kaï ont permis de déplacer graduellement le centre des décisions vers la communauté, les populations et les organisations intéressées par le sujet. Rappelons à nouveau que le démarrage du projet était conditionnel à l'assentiment et à la participation directe de la population dans le projet (campagne initiale de recrutement). Les habitants de la MRC ont complété ce travail d'appropriation du pouvoir sur les décisions en décidant, en masse, d'appuyer le projet. Pour Arnstein (1969), cette décision ultime et la forme coopérative qui a suivi permettraient de classer le projet au plus haut niveau de son échelle de participation citoyenne. Sur le continuum de l'*empowerment* de Jeffries (1996), le projet de coopérative de santé a manifestement fait un chemin

substantiel et cela se répercute également sur celui du changement. D'abord, on note l'appartenance du projet au mouvement coopératif en santé québécois, ce qui constitue en soi une innovation sociale (Brassard, 2009; Girard, 2006a). Au surplus, la CSRC a rapidement développé une structure et une cible d'intervention (la MRC) alors inédite dans la province. Également, son fonctionnement basé sur l'implication de tous les types de membres, médecins inclus et l'accent mis sur la promotion et la prévention en santé (Hans Kaï) permettent assurément de situer la CSRC très favorablement sur l'axe du changement.

Cela étant dit, le projet n'a jamais complètement perdu sa couleur initiale et conforte la remarque d'un des participants de notre étude sur le fait que la CSRC est un « projet très conforme à la Beauce » (O03). Certains des porteurs de projets initiaux ont continué à occuper une place importante dans la vie de la coopérative, principalement dans les postes de haute gestion (président du CA) et de direction (directrice de la CSRC), ce qui est une pratique très courante dans le milieu (Palard, 2009). Aussi, nous constatons que le rôle et le pouvoir des médecins demeurent importants dans la vie de la CSRC. Malgré les efforts mis sur le volet prévention et promotion, la CSRC reste, à l'instar des autres CS du Québec, dépendante de la présence des omnipraticiens (Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, 2013). En ce sens, le fonctionnement de la CS demeure semblable à celui d'une clinique traditionnelle : les

usagers d'un côté et les médecins de l'autre dans une relation qui ne change guère même si les modalités sont plus démocratiques et axées sur des pratiques novatrices¹³⁷. Par contre, il faut se rappeler d'où est partie la communauté. Avec une première ligne désorganisée, la communauté n'avait pas de pouvoir sur les décisions qui concernaient la gestion des services au sens large, et encore moins sur les solutions qui auraient pu émerger afin de régler le problème. Le projet, même avec ses limites, constitue une nette amélioration par rapport à ce qui existait auparavant.

5.2.1.4 Des leaders compétents

Ce dernier constat nous amène à parler des leaders, ou porteurs de projet, dans la MRC Robert-Cliche. La question du leadership est parfois regardée avec suspicion, associant à tort ce concept à l'autorité et à la coercition (de Colletette, 1991). Ninacs (2008) lui-même aborde peu cette question dans son cadre théorique sur l'*empowerment* collectif, sauf lorsqu'il est question de la valorisation de la participation. Pourtant, en matière de développement local ou des communautés, ce facteur est souvent considéré comme essentiel (Klein, 2012; Wilkinson, 1991) dans la mesure, toutefois, où ledit projet sert à renforcer le pouvoir collectif et non pas seulement celui des leaders déjà en place. Il ne faut pas oublier non plus la dimension de la légitimité du leadership. Un leader ne

¹³⁷ D'un autre côté, on peut se demander si cette relation pourrait un jour évoluer autrement, car elle demeurera toujours celle qui lie un « expert » avec une personne qui vit des problèmes de santé, dans un cadre de pratique très dense (codes de profession, droits des usagers, etc.).

l'est que s'il est reconnu comme tel par les gens concernés (de Colletette, 1991) et il devient alors associé à la compétence de la communauté (Bartle, 2008; Boisvert, 2007; Conseil de la santé et du bien-être, 2001). Klein (2012) reconnaît trois types de leadership dans une perspective de développement local : le leadership organisationnel, individuel et socioterritorial. Dans notre cas à l'étude, plusieurs participants nous ont souligné l'importance qu'ils accordent à ce facteur et ont été très prolixes en éloges sur les capacités des leaders locaux.

La plus grande partie du leadership organisationnel observé dans la communauté émane du CLD Robert-Cliche. Initiateur du projet, il a mis en œuvre toute l'expertise dont il était capable afin de parvenir au résultat souhaité, ce qui comprend les ressources, les réseaux et ses connaissances sur les programmes publics. Ces derniers ont été abondamment utilisés, ce qui a permis à la CSRC de jouir d'un fonds de démarrage plus qu'intéressant. Lorsque l'objectif a été atteint, il s'est retiré du dossier, laissant la coopérative développer son propre leadership, aujourd'hui de plus en plus important. Notons que les Caisses populaires Desjardins ont aussi été des leaders proactifs dans le projet, accompagnant les porteurs des projets, en agrégeant des sources de financement non gouvernementales et en s'investissant dans l'éducation à la coopération.

Si le leadership de ces deux organisations a été déterminant, celui de certaines personnalités locales l'a été davantage. Dans notre cas à l'étude, c'est surtout le répondant des Caisses Desjardins du Sud de la Chaudière et de l'actuelle directrice de la CSRC, ancienne commissaire au développement du CLD, qui ont été remarqués et encensés. Le premier, comme nous l'avons déjà mentionné, a toujours été associé à des projets de développement dans la MRC Robert-Cliche et détient une connaissance intime de la communauté, de ses rouages, de ses forces et de ses faiblesses. Klein (2012) souligne toutefois qu'il est important dans le cadre de projets de DL, de laisser la place à la relève afin de créer une synergie intéressante entre stabilité et renouvellement. C'est effectivement ce qui s'est passé dans notre cas à l'étude avec la directrice de la CSRC. Jouissant déjà d'une excellente réputation dans son domaine, mais avec un rôle plus effacé, elle est devenue une actrice de premier plan dans le milieu et est directement associée au succès de la coopérative de santé.

La combinaison de ces leaderships individuels et organisationnels compose en quelque sorte le leadership socioterritorial, que Klein (2012) définit comme le maillage entre les différentes organisations d'un territoire qui mobilise la population et les autres organisations en vue d'une action. Dans la communauté Robert-Cliche, il s'est manifesté par le travail conjoint entre les représentants de la MRC, le CLD et les élus des paliers fédéral et provincial. Mais voilà que devant la nature du problème, les réseaux

préexistants ont dû se reconfigurer afin de créer des passerelles avec de nouveaux acteurs, ceux du secteur de la santé et des services sociaux. Un bon exemple de ce leadership socioterritorial a été observé lors des soirées d'information dans les municipalités de la MRC. Lors de ces réunions, il n'était pas rare d'avoir la très grande majorité de ces représentants (CLD, élus, CSSSB) autour de la table, donnant ainsi plus de poids et de crédibilité au projet alors proposé.

Le projet présenté à la population de la MRC Robert-Cliche jouissait donc d'un contexte plutôt favorable à sa mise en œuvre, l'appui et les ressources étaient au rendez-vous. Le projet en lui-même était bien ficelé, motivateur et novateur. La population voyait là un moyen de répondre à ses besoins tout en ayant du pouvoir sur la façon dont cela se réaliserait. Enfin, les porteurs de projet avaient toute la confiance et la reconnaissance de la population. À partir de ce point, nous pouvons maintenant nous attarder aux quatre dimensions de l'EC et voir comment chacune d'elles a alimenté le processus d'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche.

5.2.2 La participation dans la MRC Robert-Cliche

La participation, nous l'avons déjà dit, est un élément incontournable du processus d'*empowerment*, car elle réfère à l'action concrète, et de fait, est plus facilement observable (Bacqué, 2006; Bartle, 2008; Curry, 2009; Goudet, 2009; Ninacs, 2008; Racine & Leroux, 2006). Cependant, il ne faut jamais perdre de vue que l'EC ne peut se réaliser qu'à travers de dispositifs de participation formels, accessibles et significatifs (Ninacs, 2008). Sur cet aspect, la MRC Robert-Cliche, qui a choisi la forme coopérative pour se donner les moyens d'agir sur le problème identifié, a fait des avancées importantes par rapport à ce qui existait auparavant. En effet, notre constat est que la coopérative est un dispositif de participation en soi et qu'il permet à des individus de s'impliquer (EI) en se rassemblant à travers d'une organisation reconnue et compétente (EO) pour avoir plus de pouvoir sur les décisions qui concernent leur communauté (EC). Comme toute coopérative, elle assure une redistribution plus équitable du pouvoir par le principe du « un membre, un vote ». Au surplus, le type de coopérative de "solidarité" donne la possibilité d'atteindre une plus grande variété de personnes par la présence des différents types de membres, ce qui touche à la valeur d'accessibilité (Alliance coopérative internationale, 2010; Chagnon, 2004; Tremblay, Indatou & Zuluaga, 2007). Au sein de la CSRC, les individus peuvent participer à travers de différents dispositifs. Nos entretiens ont permis de comprendre que les membres les connaissent bien et les perçoivent comme étant accessibles. Cependant, ils sont plus ou moins utilisés selon le cas.

5.2.2.1 Première étape : devenir membre

Afin d'avoir du pouvoir sur la manière dont les SPL sont organisés dans la communauté, on encourage la population à devenir membre. L'adhésion est ouverte à tous et plusieurs efforts ont été déployés pour rejoindre des populations moins mobiles (p.ex. personnes âgées) ou plus éloignées dans la MRC. Par contre, les frais qui sont reliés à l'achat des parts (70 \$) peuvent devenir un facteur contraignant pour les personnes en situation de vulnérabilité et cela, même si les enfants (mineurs ou aux études) sont inclus dans les coûts. Afin de contourner cette situation, la CSRC « offre à des gens de devenir membre de la coop en faisant du bénévolat » (A02), principalement en travaillant aux envois postaux. Soulignons que selon l'échelle d'Arnstein (1969) et les plus récents travaux de Giroux (2009), ce type de participation se situe à un niveau assez peu élevé de pouvoir, car c'est un rôle qui peut devenir facilement passif. C'est aussi le constat qu'a fait Racine (2010) dans sa propre étude en soulignant que le membership à lui seul n'est pas synonyme de participation. Nous estimons toutefois que cet acte est la porte d'entrée qui permet aux nouveaux membres d'accéder à d'autres dispositifs de participation plus intéressants en termes de pouvoir.

5.2.2.2 L'assemblée générale

Être membre est une chose, mais aussi faut-il participer aux différentes instances décisionnelles. L'assemblée générale (AG) est souvent citée comme l'exemple par

excellence pour permettre aux gens de s'exprimer et de décider (vote) et correspond effectivement à un niveau plus élevé de participation (Arnstein, 1969). Bien que l'assistance à ces AG a été jugée comme acceptable par les administrateurs de la coop, il a été porté à notre attention que la participation devait être de plus en plus encouragée par « des prix de présence » (A06), particulièrement depuis que l'urgence de la situation et que la phase de démarrage soient terminées. À la défense de la CSRC, on sait que c'est une situation qui est vécue par une très grande partie des coopératives et des organismes communautaires du Québec, car les assemblées de membres sont souvent perçues comme étant complexes et n'étant pas des lieux idéaux où le pouvoir peut s'exercer (Sériès, 2012).

Dans les grandes lignes, cela concorde avec les commentaires que nous avons perçus sur le terrain (U03, U04, U05, U07, U08, U09). Plusieurs membres nous ont témoigné être peu séduits par l'idée d'aller s'asseoir toute une soirée et d'entendre les membres du CA parler des détails administratifs et des prévisions budgétaires, particulièrement après une longue journée de travail. Lorsqu'il n'y a pas de problèmes à régler ou de demandes à formuler, les AG sont jugées comme peu attirantes. Pour les jeunes familles, l'assistance à ces instances est encore plus complexe, car il faut alors « [payer une] gardienne pour aller à l'assemblée générale » (U08).

Dans le cas de la CSRC, on peut se demander si c'est seulement ce dispositif qui n'est pas adapté aux membres ou si d'autres facteurs expliquent cette situation. D'après nos entretiens, et en accord avec ce que Brasseur et Murray (2013) ont constaté dans leur propre étude, nous sommes d'avis que la nécessité d'avoir recours aux AG n'est tout simplement pas présente. Plusieurs membres nous ont en effet confié être pleinement satisfaits des activités de la coopérative et avoir confiance envers les administrateurs. En réalité, plusieurs coopérants nous ont exprimés qu'en cas de problème, ou simplement pour faire une suggestion, c'est le contact personnel qui est privilégié. Les gens appellent ou alors ils vont, en personne, à la coopérative pour rencontrer la directrice générale afin de présenter leurs doléances. C'est un mode de fonctionnement qui est d'ailleurs accepté et encouragé par les gestionnaires de la coopérative. Ce dernier élément nous interpelle, car il permet de mettre à jour le désir manifeste de préserver certaines dynamiques de communications préexistantes au projet et qui relèvent de la célèbre proximité sociale beauceronne (Palard, 2009). Cela est d'autant plus intéressant, car dans certaines études de cas de projets de développement local que nous avons recensés dans la littérature, il appert que la substitution des modes de communications locaux par d'autres, entièrement nouveaux, a eu pour effet de précipiter le *disempowerment* du milieu au lieu de l'aider (African Rights, 1995; Curry, 2009; Meagher, 2014). Il n'en demeure pas moins que nous nous interrogeons sur l'impact de ce mode de fonctionnement sur la vie de la coopérative. N'y a-t-il pas danger d'amoindrir l'action concertée entre les membres quand ce sont les contacts personnels individuels qui continuent de prévaloir?

5.2.2.3 Le conseil d'administration

Jusqu'à présent, les dispositifs de participation présentés ne se sont pas révélés particulièrement générateurs d'un pouvoir citoyen, même si comme nous l'avons déjà souligné, il faut prendre en considération le point de départ de la communauté à l'étude. L'un des dispositifs qui peut prétendre à ce rôle est certainement le conseil d'administration de la CSRC (Giroux, 2009). Par contre, dans notre cas, la présidence est assumée par l'un des porteurs de projet initiaux. De plus, nous avons remarqué qu'à certaines époques, les sièges des membres utilisateurs-consommateurs ont été occupés par des maires ou mairesses¹³⁸. Ceci étant dit, depuis 2008, et en comptant le représentant non sectorisé, entre quatre à six sièges sur une possibilité de sept sont occupés par des personnes issues de la population générale. Ce résultat, interprété à la lumière de l'échelle de participation de Arnstein (1969), est très appréciable et place ce dispositif en tête de liste. La lecture des rapports annuels (2009 à 2012) nous permet de constater que tous les postes ont été pourvus, à une exception près (représentant membre travailleur en 2010). Il y a aussi peu de roulement dans la composition du CA au travers des années, ce qui s'expliquerait par la confiance qu'on leur accorde : « On connaît les membres du CA et je connais aussi [la directrice générale]. Je lui fais confiance » (U03).

¹³⁸ Sur ce dernier point, il faut noter que ces élus ne représentent qu'eux-mêmes et les préoccupations de leur secteur et non pas la municipalité en tant que telle puisque la Loi sur les compétences municipales interdit à ces dernières d'être membre d'une coopérative de santé puisque la santé est une compétence provinciale. C'est un élément que le CQCM demande de changer depuis plusieurs années, sans aucun résultat jusqu'à présent (Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, 2008; Québec, 2016b).

Le CA est ainsi un dispositif de participation intéressant en terme et nettement plus avantageux que ce qui existait alors dans la MRC. Il permet aux individus de s'impliquer directement dans les décisions relatives aux SPL, de côtoyer d'autres acteurs en situation de pouvoir (CSSS, Agence de santé régionale, etc.) et de transiger avec eux sur une base plus égalitaire qu'un contact individuel en tant qu'utilisateur¹³⁹. Il a aussi le mérite d'assembler ensemble tout un assortiment d'acteurs provenant de différents milieux et donc, d'être représentatif de l'ensemble de la communauté.

5.2.2.4 Ambassadeurs, ambassadrices de la coopérative

Pendant les entretiens de recherche, il est apparu assez clairement que plusieurs personnes valorisaient considérablement leur participation par des processus plus autonomes, celle réalisée en dehors des dispositifs nommés ci-haut et ce, de façon tout à fait volontaire. En effet, de nombreux participants ont souligné « faire leur part » en prenant la peine d'informer et d'expliquer à leurs proches ou connaissances les avantages de devenir membre. En d'autres termes, ces individus sont devenus des « ambassadeurs » de la coopérative (Institut du Nouveau monde, 2007), informels certes, mais en prenant leur rôle très au sérieux. Dans leurs discussions avec leurs proches, les

¹³⁹ On voit ici apparaître en filigrane toute l'importance de l'organisation dans le processus d'empowerment communautaire d'une part, mais aussi dans celui de type individuel, car le développement des compétences et de l'estime de soi est une part intégrante de ces nouveaux rapports de pouvoir.

membres nous ont confié aborder assez peu les bénéfices personnels découlant de l'adhésion à la CS (p.ex. accéder à des services de santé). Au contraire, la très grande majorité nous a dit mettre l'accent sur l'importance de soutenir la CSRC pour avoir une communauté heureuse et bien portante. Pour les personnes interrogées, c'est une forme d'implication qui a été vue comme étant à leur portée et très valorisante, particulièrement dans les cas où ces discussions ont conduit à l'adhésion de nouveaux membres. À notre avis, cela correspond parfaitement à ce que Ninacs avance au niveau de la participation : « les membres d'une communauté sont généralement assez disponibles pour faire leur part si on leur fournit des espaces qui conviennent à leurs habiletés et à leurs connaissances » (2008, p. 46).

Il faut comprendre de ces résultats que le dispositif formel qui entre en jeu afin de soutenir cette forme de participation est l'organisation, soit la CSRC. Elle est issue du développement du sentiment d'appartenance et de la conscience citoyenne (capital communautaire), eux-mêmes nourris par l'apprentissage à la coopération et au développement local acquis à travers l'organisation (compétences individuelles). Cette forme de participation est l'exemple par excellence de toute la complexité du processus d'*empowerment* grâce à l'interaction de ses différents niveaux. Plus encore, à notre avis, le rôle d'ambassadeurs et d'ambassadrices témoigne d'un processus d'*empowerment*

individuel (EI) assez avancé pour qu'il pousse certains membres à se risquer à convaincre les autres, et ce, sans aucune garantie de réussite.

5.2.3 Les autres facteurs structurants mis en place lors du processus d'*empowerment* communautaire

La dimension de la participation que nous venons d'aborder est vue comme l'un des quatre facteurs structurants nécessaires à l'*empowerment* communautaire. Pour certains (Mendell, 2006; Racine, 2010), il est même le socle sur lequel s'érige l'ensemble du processus, d'où notre désir de le traiter distinctement. Cela étant dit, il ne faut pas oublier les trois autres composantes de l'EC que sont les compétences, les communications et le capital communautaire. À l'instar de ce qui s'est passé pour la participation, il semble que ces trois dimensions soient reliées à la mise en place d'une organisation compétente, offrant une « proximité de service » (Solidarité rurale du Québec, 2012), élément qui n'était pas retrouvé auparavant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

5.2.3.1 Les nouvelles compétences de la communauté

Les compétences d'une communauté, faut-il le rappeler, concernent surtout la capacité du milieu à faire travailler ensemble ses forces et ressources afin de répondre aux besoins et de favoriser le mieux-être de ses membres. En fait, selon Ninacs (2008), ces compétences sont encore plus manifestes lorsque la communauté vit une situation de crise ou de manque, car elle révèle alors sa capacité de résilience.

Notre cas était assurément dans une situation délicate depuis plusieurs années. Il était déjà défavorisé sur le plan socioéconomique et les difficultés de sa première ligne touchaient plus durement les groupes les plus vulnérables en plus de contrecarrer les efforts de développement socioéconomique mis en œuvre. Nous avons vu dans la section précédente que c'est beaucoup par manque de synergie entre les différents acteurs en santé, mais aussi entre ces derniers et le reste de la communauté que ces difficultés ont persisté. Les compétences organisationnelles ou individuelles étaient là, à divers degrés. Seulement, certains acteurs du secteur de la santé continuaient d'agir comme s'ils ne faisaient pas partie du système de santé local.

Afin, donc, de répondre à ce problème de synergie, il a fallu dans un premier temps mettre sur pied une nouvelle organisation qui a lentement construit sa réputation et assis

sa légitimité d'action. Au contraire des autres organisations du RLS qui existaient alors, elle a permis d'asseoir à la même table des acteurs de différents horizons et de les faire travailler dans le même sens afin de combler les lacunes des uns et des autres. À notre avis, la coopérative joue très bien son rôle de « pont » (Ninacs, 2008) entre les individus et les autres organisations puisqu'elle agit comme catalyseur des compétences individuelles et organisationnelles en les transformant en compétence collective. En fait, la CSRC semble correspondre à ce que Ninacs (2008) appelle une organisation intermédiaire, même si cette dénomination est généralement réservée aux CDC ou CDEC par exemple, c'est-à-dire, à des organisations à vocation plus large que notre cas en question.

Quoi qu'il en soit, et bien qu'elle se concentre surtout sur les questions relatives à la santé et au bien-être, on constate que la CSRC, permet, elle aussi, la participation des organisations dans les décisions qui les concernent, ce qui ultimement favorise la participation des individus (dispositif de participation). Elle sert aussi de lieu de développement d'expertise (p.ex. les Hans Kaï) et de clarification des enjeux (développement de la communauté). Finalement, elle devient elle aussi une référence identitaire pour le milieu, notamment pour les organisations qui y sont apparentées (cabinet de médecins¹⁴⁰ et membres de soutien). Lachapelle, Bourque, and Foisy (2010),

¹⁴⁰ N'oublions pas que, techniquement parlant, la coopérative accueille en ses murs un GMF, autonome dans la gestion de ses revenus et le personnel soignant auxiliaire. Il s'est associé, par une convention, avec la coopérative afin de réaliser ses activités, mais demeure en soi une entité séparée de la CSRC.

pour leur part, parlent plutôt d'infrastructure communautaire de développement des communautés (ICDC), c'est-à-dire « des ensembles communautaires complexes capables de fournir des bases matérielles, humaines et politiques au développement des communautés » (p. 4). Ces ICDC, tout comme la CSRC, agissent sur une base de concertation des acteurs locaux (ou régionaux, selon le cas), acteurs qui représentent les secteurs publics, communautaires et privés et qui disposent de ressources autonomes afin de mobiliser et favoriser la participation citoyenne, dans une optique de développement des communautés. ICDC ou organisation intermédiaire, on retient que ces entités servent à rendre les organisations membres ou partenaires plus compétentes et interconnectées, au bénéfice évident de la communauté locale, ce qui correspond au processus d'EC tel qu'imaginé par Fawcett et ses collaborateurs (1995).

Cela étant dit, ce résultat n'est pas particulièrement étonnant considérant la nature du problème et l'implication du CLD dans le processus. En effet, la majorité des professionnels œuvrant dans le domaine du développement communautaire savent très bien qu'il ne faut pas seulement développer des collectivités, mais aussi et surtout, des organisations compétentes qui servent à défendre l'intérêt commun (Lee, 2011).

À nouveau, il nous faut souligner à quel point le type « solidarité » de la coopérative est facilitateur dans le développement de cette nouvelle compétence et répond, après tout, à l'objectif principal initial du modèle qui était la mise en réseau de différents acteurs afin de répondre à une problématique locale (Michaud, 2006). Dans le cas qui nous concerne, tous les types de membres sont présents : membres utilisateur (consommateurs et producteurs), membres travailleurs et membres de soutien, ce qui permet d'exploiter au maximum les possibilités du modèle. Notre étude permet de constater avec intérêt que cette proximité d'acteurs provenant de plusieurs milieux a permis de donner accès aux réseaux déjà existants, de les transformer, ou à tout le moins de les reconfigurer, au bénéfice de l'ensemble de la communauté. C'est un même constat qui serait fait par Brennan and Israel (2013), qui mettent en relief que la densification et la multiplication des relations de consensus (entre partenaires) permettent à une communauté d'avoir du pouvoir sur les décisions qui la concernent. Jamais dans l'histoire de la MRC, une imprimerie et des médecins n'auront travaillé main dans la main pour développer des services de proximité en santé plus accessibles pour l'ensemble de la population¹⁴¹.

¹⁴¹ Dans ce cas précis, l'imprimerie commerciale (membre soutien) offre gracieusement, ou à prix réduit de s'occuper des impressions pour la CSRC (pamphlets, affiches géantes, etc.). Le membre soutien en question est très fier d'avoir enfin pu trouver un moyen d'aider la coopérative malgré un domaine d'activité a priori assez éloigné de celui de la mission de la CSRC.

La naissance de cette nouvelle compétence collective n'aurait pas été possible sans la construction de relations de confiance, particulièrement entre les acteurs en santé. On se rappellera à quel point le climat d'autrefois était empreint de méfiance et de suspicion et cette incapacité à résoudre les conflits (Ninacs, 2008) a été l'un des principaux facteurs qui ont conduit la communauté dans son état de *disempowerment*. Cette capacité à faire confiance à l'autre est le fruit du travail acharné des porteurs de projet qui ont rassemblé plusieurs fois les médecins et les représentants du CSSSB avec les représentants de la MRC et du CLD. Le succès a été presque complet, lorsque l'ensemble des médecins était disposé à s'associer au projet. Malheureusement, le départ de l'une des leaders principales a réanimé les tensions entre les médecins de Beauceville et de St-Joseph¹⁴². À cette étape, comme le dirait Lee (2011), les porteurs de projet ont probablement jugé qu'ils pouvaient se permettre de perdre ces médecins, particulièrement si l'on considère le climat tendu constant qui était palpable lors des réunions du comité¹⁴³. En dépit de ce succès partiel et même s'il est surtout confiné au RLS, nous estimons que c'est la communauté dans son ensemble qui bénéficie de cette nouvelle compétence. Cette dernière vient d'ailleurs avec le développement d'un autre facteur structurant : les communications.

¹⁴² Rappelons qu'une fois le projet bien démarré, la commissaire au développement s'est retirée un temps du dossier afin d'alléger ses tâches de travail. Son remplaçant n'a pas su maintenir la cohésion du groupe, selon plusieurs participants interrogés. Remarquons que l'issue aurait peut-être été la même sans le départ de la commissaire. Nous ne le saurons probablement jamais, mais il n'en demeure pas moins que ces deux événements sont très probablement reliés selon ce qui nous a été rapporté.

¹⁴³ Tel que l'ont témoigné certains participants, les réunions avec l'ensemble des médecins ont toujours été difficiles. Rappelons le discours de A02 qui nous a confié que : « depuis le début, on marchait sur des œufs », paroles corroborées par d'autres intervenants par ailleurs.

5.2.3.2 Multiplication et densification des canaux de communication

Notre étude propose un portrait contrasté des communications dans la MRC Robert-Cliche. D'une part, aucun participant de l'étude n'a témoigné d'un problème de circulation et d'accessibilité à l'information et encore moins de répression. D'ailleurs, certains participants nous ont dit que cet aspect était déjà travaillé depuis plusieurs années à la grandeur de la MRC, particulièrement dans les relations intermunicipales (A02, A04, E03) dans le dossier du partage des infrastructures sportives. Bref, une culture de franches communications existait déjà.

Par contre, nous avons vu qu'il y avait un problème important dans le système de santé local, avec un schème de relations et de communication presque uniquement vertical. Le projet de coopérative de santé a obligé ce secteur à décroiser ses communications. Le partenariat inhérent aux initiatives de développement local (Stecq, 2014) a nécessité l'établissement de nouveaux canaux de communication internes (entre les médecins et le CSSSB) et externes (avec les élus et le CLD) et la densification de ceux déjà existants. Les Hans Kaï permettent pour leur part de garder active une partie de ces canaux de communication puisque ce projet nécessite un soutien financier et des ressources humaines de tout horizon (Bergeron & Pollender, 2014).

Notons que la CSRC constitue un nouvel émetteur d'informations dans la MRC. D'abord, celles qui touchent prioritairement les membres de la coopérative comme les rapports annuels, les nouvelles brèves publiées sur le site Internet ou la page Facebook de la CSRC ou encore les communiqués de presse. Ensuite, il y a celles qui touchent aux objectifs de promotion et de prévention en santé et qui consistent le plus souvent en des vidéos ou des capsules audio disponibles sur le site Internet de la CSRC, à la télévision communautaire ou à la radio locale. Ces activités de sensibilisation ou d'information visent alors l'ensemble de la communauté, membres et non-membres de la coopérative et ils permettent de mieux internaliser les objectifs communs en santé tout en facilitant les relations harmonieuses (Callois, 2006). Ce dernier élément est un ingrédient incontournable du capital communautaire.

5.2.3.3 Le capital communautaire

Le dernier facteur structurant impliqué dans le processus d'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche est celui du capital communautaire ou dit autrement, de la réserve de bons sentiments envers son milieu qui stimulent l'entraide individuelle et la conscience citoyenne (Ninacs, 2008). Nous avons déjà établi dans un chapitre précédent qu'au contraire du concept de capital social originellement proposé par Bourdieu (1986) ou même Coleman (1988) le capital communautaire doit être vu comme quelque chose de

collectif. Difficilement cumulable, il est partagé par l'ensemble d'une communauté et agit au profit de cette dernière et non pas pour celui d'un petit groupe, ou d'une seule personne. Il se réalise sur deux axes, soit les dimensions du sentiment d'appartenance et de conscience citoyenne, éléments qui ne sont pas retrouvés dans le capital social. Hélas, Ninacs (2008) n'est pas plus explicite sur ce concept, et c'est bien dommage, car cela complique l'interprétation des résultats obtenus. Il est toutefois possible de faire des liens avec trois phénomènes que nous avons pu observer sur le terrain.

Nous avons déjà souligné au premier chapitre que le processus d'*empowerment* doit aller plus loin que la simple capacitation des individus, organisations ou communautés. Pour qu'un changement soit durable et équitable, il doit nécessairement s'accompagner du développement d'une conscience critique qui permet de remettre en question le courant dominant (Bacqué & Biewner, 2013; Friedman, 1992; Mendell, 2006). Or, la collectivisation du capital social que nous venons d'aborder a donné à la population la possibilité de s'impliquer concrètement dans un projet, aux côtés d'acteurs qui ont su lui expliquer et lui transmettre les valeurs du développement local. En comprenant mieux l'importance du choix et de l'action autonome dans un contexte de difficultés macrosociales et microsociales, la population de la MRC a développé une conscience critique prononcée, particulièrement sur la question des services de proximité en santé et

de leurs impacts sur le développement global de la communauté. Quelques exemples nous ont été donnés par les participants de notre étude.

Entre autres, il a été très souvent porté à notre attention qu'une très large proportion de personnes continuent, année après année, de conserver leur statut de membre même si le cadre législatif en santé québécois précise que cela ne doit pas être obligatoire afin d'avoir accès à un médecin en CS. De ce nombre, une forte proportion (entre 75 % à 80 % selon les années) paie la contribution annuelle volontaire. Dans les deux cas, on notera que les membres sont bien informés du caractère non obligatoire de ces deux mesures, aussi il serait étonnant que cela soit le fait d'une méprise ou d'une perception erronée. Nous attribuons plutôt ce succès à l'éducation à la coopération et à l'importance du développement local réalisé constamment par les travailleurs de la coopérative (agentes de réception), la direction et même des médecins qui travaillent dans les locaux de la CSRC. Avec cette sensibilisation s'est amorcée la transformation des préoccupations individuelles (« je n'ai pas de médecin ») vers un niveau plus collectif (développement de la communauté). C'est ce que Ninacs (2008) appelle la **conscience citoyenne**.

Pour stabiliser et nourrir cette conscience citoyenne, il manque un élément crucial du capital communautaire, le **sentiment d'appartenance**. Sur cet aspect, nous estimons que la MRC Robert-Cliche n'avait pas nécessairement un long chemin à faire. En effet, la fierté de provenir de la Beauce ne s'est pas démentie lors de notre présence sur le terrain. Cependant, nous pensons que le projet de coopérative de santé a également permis à la population locale de s'identifier positivement à la MRC Robert-Cliche, « étiquette » autrefois moins reluisante en raison des problèmes de développement socioéconomique que nous avons largement abordés. Pour une fois depuis bien longtemps, la MRC Robert-Cliche est devenue une communauté enviée par ses voisins, car elle a mis sur pied un projet novateur brodé de petits et grands succès.

Ce constat n'est pas étonnant, car comme le souligne Caillouette (2008), l'enjeu de tout projet de développement communautaire est effectivement de (ré)activer ce sentiment d'appartenance à un territoire qui devient alors « vécu » dans la pleine acceptation du terme. Sous bien des aspects, on constate que la MRC Robert-Cliche se rapproche désormais beaucoup plus de l'idée que l'on se fait d'une véritable communauté plutôt que d'être une simple localité.

Ce nouveau « nous » peut prendre plusieurs formes, comme le souligne Ninacs (2008) et dans le cas à l'étude, il semble prendre naissance au sein de la coopérative. Plusieurs membres de la coopérative, tous types confondus, ont souligné à quel point leur coopérative était un milieu agréable à fréquenter, presque une deuxième famille dans certains cas. La notoriété provinciale de la CSRC, mais aussi de la qualité des services offerts (services de santé, service à la clientèle, ouverture et disponibilité des gestionnaires) contribuent beaucoup à cette fierté locale. En ce sens, et comme le souligne un participant de notre étude, ce sont surtout les « usagers des services » (P02), membres ou non-membres, qui participent et vivent le plus intensément ce sentiment d'appartenance, encore que ceux qui travaillent ou produisent des services ne sont pas en reste non plus. Il n'en demeure pas moins que la CSRC fait briller l'ensemble de la MRC Robert-Cliche et que tous, sans exception, peuvent s'approprier ce succès en tant que membres de la communauté.

5.3 Conclusion du chapitre cinq

Ce chapitre porte spécifiquement sur l'interprétation et la discussion des résultats que nous avons présentés dans les deux chapitres précédents. À l'image de ceux-ci, nous avons d'abord traité du *disempowerment* de la communauté, ce qui correspond à notre

première question de recherche, puis du processus d'*empowerment* de la MRC Robert-Cliche et de ses facteurs structurants ce qui couvre au final les deux dernières questions de recherche. Assez rapidement, toutefois, nous avons constaté qu'il serait vraisemblablement impossible de parler du processus de *disempowerment* ou d'*empowerment* communautaire sans l'aborder d'une façon globale, c'est-à-dire en prenant en considération le niveau individuel et surtout, le niveau organisationnel.

C'est ainsi que la réponse à notre **première question de recherche** suit cette même logique. En effet, le *disempowerment* de la MRC Robert-Cliche s'est amorcé au sein d'organisations qui, individuellement, ne répondaient plus aux besoins de la population en matière de santé. Pour toutes les raisons que nous avons soulignées, nous pensons pouvoir affirmer que ces organisations étaient en situation de *disempowerment* (DO), car elles étaient prises dans une dynamique qui ne pouvait que conduire, pour plusieurs d'entre elles, à leur disparition. La prise en compte du DO nous mène à parler des compétences d'une communauté, c'est-à-dire la capacité du milieu à créer des synergies entre ses différentes ressources organisationnelles. Dans un milieu où les dispositifs de participation formels ainsi que les canaux de communication horizontaux étaient peu nombreux, le *disempowerment* des organisations en santé de la MRC (cabinet de médecin et dans une moindre mesure, CSSSB) a rendu impossible le réseautage de ces dernières.

À l'échelle individuelle, ce DO a eu pour effet de réduire à sa plus simple expression la capacité de décider, de choisir et d'agir de la population de la MRC Robert-Cliche sur la question de l'organisation des soins de santé du territoire. Notre cas démontre comment l'absence de dispositif de participation citoyenne peut maintenir une communauté dans un processus de *disempowerment*. En effet, dans le secteur de la santé, nous n'avons identifié que des dispositifs de participation publique (comité d'usager, CA du CSSSB), insuffisamment accessibles à l'ensemble de la population et certainement pas réellement porteurs de pouvoir sur les décisions, de l'avis même des participants de notre étude. De toute façon, puisque ces mêmes dispositifs étaient situés dans le giron d'organisations éprouvant des difficultés de communication et de réseautage, leur portée était vouée à être limitée. C'est ainsi que la MRC Robert-Cliche était paralysée, incapable de faire une prise de conscience globale des difficultés du milieu, car incapable de mobiliser la population autour de ces enjeux collectifs.

En ce qui concerne notre **deuxième question de recherche**, on sait que la coopérative de santé Robert-Cliche a été mise en place afin de répondre aux besoins de la communauté, ce qui correspond au cœur du processus d'*empowerment* communautaire que nous souhaitons étudier. Nous savons que ce projet, même s'il émane originellement du CLD et qu'il a par la suite été pris en main par un groupe de leaders locaux, a bénéficié, tout au long de sa mise en place, de l'implication et de l'appui d'une

bonne partie de la population de la MRC Robert-Cliche. Une fois devenue membre, la population peut accéder à plusieurs instances accessibles et plutôt significatives. Les autres organisations de la communauté ne sont pas en reste, car elles trouvent en la CSRC de nouvelles possibilités de s'impliquer dans le développement du milieu. Les cabinets de médecins qui ont adhéré à la coopérative sont certainement les plus grands gagnants à ce titre, mais d'autres partenaires (membre de soutien) ont pu aussi y trouver leur compte. Ainsi donc, la réponse à notre deuxième question de recherche s'élabore également à partir du niveau organisationnel : la coopérative ne fait pas que fournir des services en santé, elle agit en tant que dispositif de participation formel pour les individus et les organisations de la MRC Robert-Cliche. Ce dispositif comporte aussi certaines limites, comme nous l'avons relevé, mais il constitue une nette amélioration par rapport à la situation qui prévalait à l'origine.

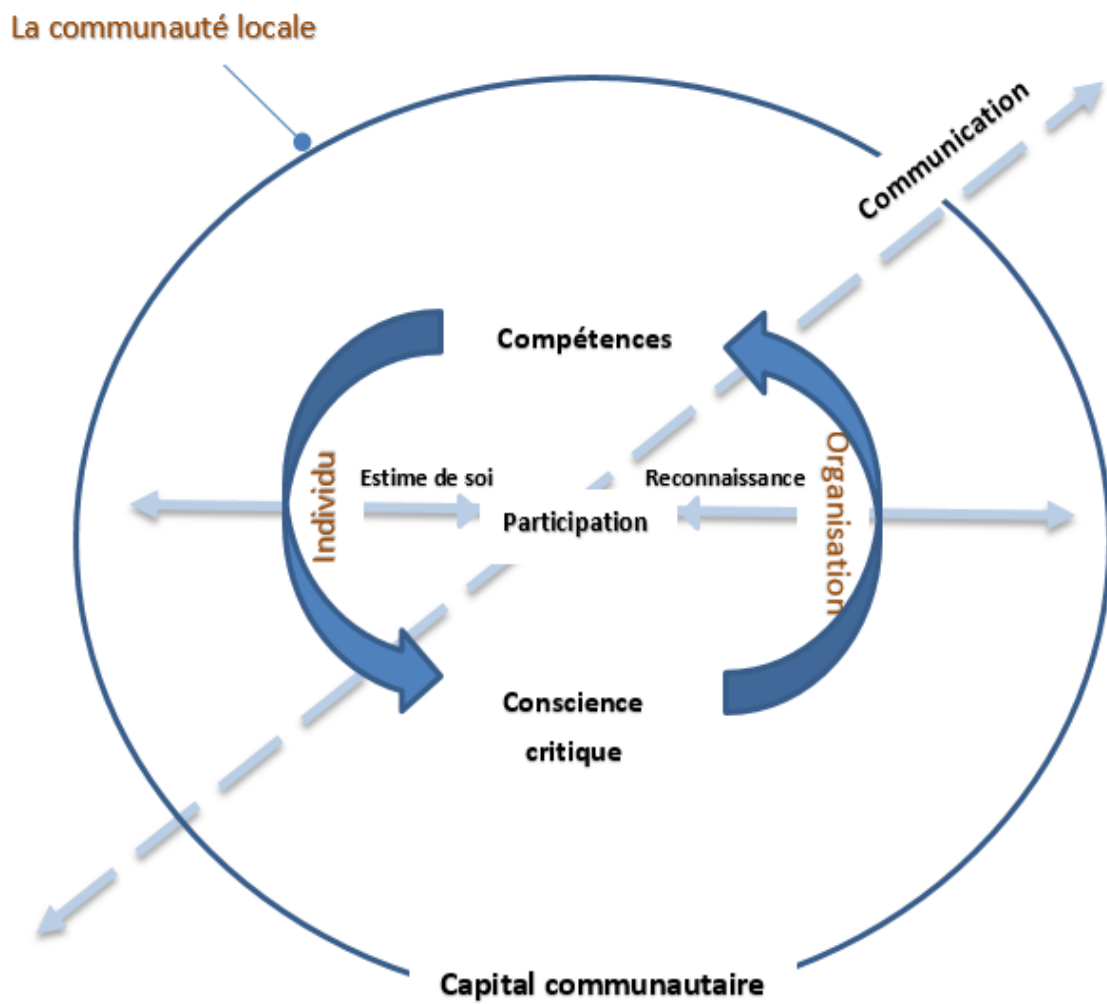
Le fonctionnement des autres facteurs structurants de *l'empowerment*, notre **troisième question de recherche**, relève un peu de ce même raisonnement. Au niveau des compétences, on sait que la CSRC constitue en soi une nouvelle compétence collective. Elle agit d'ailleurs beaucoup comme une organisation intermédiaire, c'est-à-dire qu'elle facilite et centralise les relations de collaboration positives (synergies) dans le domaine de la santé. Pour y arriver, les porteurs de projet initiaux ont dû changer la dynamique de communication dans le système de santé local, forçant les uns et les autres

à parler et à s'écouter pour collaborer, à l'image de ce qui se passe dans les autres secteurs de la communauté (relations intermunicipales et économie). Une fois constituée, la CSRC a dû maintenir ouverts, voire densifier ses réseaux de communication pour atteindre ses objectifs de développement. À l'exception de l'épisode avec les médecins de St-Joseph, le succès a été manifeste. En ce sens, à l'instar de ce que propose Luhmann (1995), nous constatons que l'amélioration des communications dans Robert-Cliche a permis de former un seul système-communauté, à partir des deux solitudes qui existaient auparavant : le secteur de la santé et des services sociaux et le reste de la MRC. Cela voudrait donc dire que les communications sont présentes à tous les niveaux (individuel, organisationnel et communautaire), de façon transversale et non-pas bilatérale comme le propose le modèle de Ninacs (2008). Cela nous amène à repenser la présentation des dimensions de l'empowerment comme présenté à la Figure 12.

Il reste le capital communautaire, qui dans notre étude, semble être d'une part, le résultat des efforts réalisés précédemment à un niveau organisationnel (appartenance à la CSRC) et, d'autre part, le tremplin qui favorise la participation individuelle à l'échelle locale. Il ne faut pas pour autant considérer le capital communautaire comme une finalité en soi, mais notre cas démontre que sa cible d'action est beaucoup plus précise lorsque des actions préalables sont réalisées pour renforcer les trois autres facteurs structurants. Par exemple, dans la communauté à l'étude, l'attachement à la région et la fierté

beauceronne étaient déjà présents. La mise en place d'une organisation (la CSRC) qui favorise l'implication de tous, qui facilite les relations de collaboration et qui bien sûr, est compétente par rapport à sa mission originelle a « localisé » ce sentiment d'appartenance à la MRC Robert-Cliche. Pour conserver cette nouvelle identité positive, la population locale était prête à s'investir davantage dans le développement de la coopérative. Des initiatives de participation plus personnelles ont alors émané comme le phénomène d'ambassadeur informel que nous avons identifié préalablement (Figure 12). LA coopérative devient MA coopérative, pour finir par être NOTRE coopérative.

Figure 12 Processus d'empowerment communautaire de la MRC Robert-Cliche



Conclusion générale

Le concept d'*empowerment* a fait rêver beaucoup d'intervenants et de décideurs depuis son apparition : autonomie, pouvoir d'action, remise en question des causes structurelles des inégalités, justice sociale. Beaucoup d'espoir et beaucoup de désillusions, car les nombreuses expériences terrain démontrent à quel point la recherche active de la capacité d'agir, de décider et de choisir n'est pas chose aisée. Tributaire de nombreux facteurs, dont la place que veut lui laisser l'État, l'*empowerment* fait désormais face à un péril beaucoup plus grand, celui d'être réduit aux simples notions de libre choix et de responsabilisation individuelle.

Le constat de l'échec de l'application de politiques exogènes sans égard aux cibles régionales ou locales a permis à l'approche en développement local de se disséminer. Avec cette nouvelle échelle d'intervention, l'intérêt envers les communautés et les facteurs qui interviennent dans leur capacité d'action ont été mis à l'ordre du jour. Plusieurs, dans ces circonstances, ont commencé à s'intéresser à l'*empowerment* des communautés. Dans ce cas précis, une communauté en situation d'*empowerment* est vue comme un milieu qui favorise le bien-être et la qualité de vie des individus à travers les organisations qui remplissent le rôle qui leur est dévolu.

Le domaine de la santé et des services sociaux, à une échelle locale, est un secteur particulièrement fascinant à examiner, d'abord parce qu'il couvre une problématique vécue par un très grand nombre de québécois : les problèmes d'accès à un médecin de famille. Aussi, parce qu'il révèle la place prépondérante que l'État a pris dans la gestion de la santé. « *En dehors du Réseau, point de salut* » avons-nous envie de dire, ce qui ne peut que nous questionner sur ce que peuvent faire les individus et les communautés quand il s'agit d'avoir un accès juste aux services de santé à l'échelle locale, en dehors de l'action de l'État. Parmi toutes les solutions qui ont été trouvées se détache celle des coopératives de santé. Une entreprise privée, mais détenue collectivement, qui décide de se positionner comme intermédiaire entre les autorités sanitaires et la population en prenant en main le recrutement médical au bénéfice évident de la communauté tout entière.

C'est à partir de ces constats que l'objectif de cette thèse s'est développé, c'est-à-dire mieux comprendre le processus d'*empowerment* communautaire d'une collectivité qui a mis sur pied sa propre coopérative de santé. Peu de données étant disponibles sur le sujet, nous avons préféré nous en remettre à une stratégie de recherche exploratoire en privilégiant l'étude de cas unique. En l'occurrence, c'est le cas de la MRC Robert-Cliche qui a été sélectionné. En mettant à profit le cadre théorique de l'*empowerment* de

Ninacs, nous avons voulu mieux comprendre les facteurs à l'origine du *disempowerment* de la communauté à l'étude, les mécanismes de participation et d'implication citoyenne ainsi que les autres facteurs structurants mis en dans le processus d'*empowerment* de la communauté.

Principaux résultats

Notre étude s'est intéressée à la dimension communautaire de l'*empowerment*. Si nous avons facilement pu observer les impacts du *disempowerment* sur la communauté toute entière (services de santé inadéquats, fragilisation des groupes les plus vulnérables, développement économique entravé), il est apparu très clairement que cette perte de pouvoir était le fruit d'une interaction négative entre la double position périphérique de la MRC (au Québec et dans la région de Chaudière-Appalaches) et l'incapacité des diverses organisations en santé de fournir des services accessibles à tous, et ce, dans une dynamique partenariale inhérente aux réseaux locaux de services (RLS). Ainsi, une bonne partie du *disempowerment* de la communauté (DC) est attribuable au *disempowerment* organisationnel (DO), soutenu principalement par des communications défaillantes entre le système de santé local et le reste de la communauté.

Sans nécessairement les nommer ainsi, les acteurs sur le terrain ont identifié très rapidement les difficultés de la communauté. Agissant sur ce qu'ils pouvaient et sur ce qu'ils devaient, les porteurs de projet ont mis en place une organisation entièrement consacrée à agir sur le problème de recrutement médical, favorisant le travail en équipe interdisciplinaire et permettant à la population locale d'avoir une capacité d'action sur les orientations prises en matière de santé à travers la coopérative de santé. Au surplus, les démarches de constitution de la coopérative (mobilisation des élus, de la population, des médecins et des gens d'affaires) ont permis de combler l'un des déficits importants de la MRC : le manque de communication entre le système de santé local et le reste du milieu. En ce sens, cette entreprise collective n'est pas une organisation ordinaire. Elle semble davantage correspondre à une communauté fonctionnelle puisque sa mission dépasse la simple fourniture de services. Elle est le cœur du processus d'empowerment de la MRC

Robert-Cliche

Il ne faut pas oublier que ce projet n'aurait pas pu naître sans un contexte favorable. Plusieurs éléments ont été nommés dans les chapitres de résultats, mais l'un qui se démarque particulièrement est celui de la PNR. À l'image de ce qui a pu être observé dans des études précédentes (Leblanc et coll., 2007; Simard & Richardson, 2014) nous ne pouvons que constater à quel point le soutien des pouvoirs centraux dans le développement des communautés rurales, périphériques ou éloignées est crucial.

Lorsqu'il est présent, il permet à ces milieux de faire preuve d'innovation dans la réponse à des besoins locaux qui passent souvent sous le radar des grands débats nationaux. Alors que cette politique a été abandonnée en 2015, en même temps que le terme « régions » est disparu dans le nom du ministère qui la portait¹⁴⁴, on ne peut que rester songeurs devant les perspectives actuelles de développement de ces petites communautés.

Limites de l'étude

Dans le chapitre 2, nous avons largement parlé des limites méthodologiques de cette étude. Par contre, à la lumière de la présentation des résultats, nous sommes en mesure de préciser davantage certaines lacunes.

La plus grande limite de notre étude porte certainement sur le fait que c'est une étude de cas unique. Cela implique d'étudier une seule communauté (MRC Robert-cliche), dans une seule région administrative (Chaudière-Appalaches), abritant une région culturelle reconnue à la grandeur du Québec comme une pépinière d'entrepreneur(e)s (La Beauce). En soi, cela distance nécessairement notre cas des autres – ce qui est le principe d'une étude de cas –, mais cela limite évidemment la portée de la généralisation

¹⁴⁴ Rappelons que le ministère des Affaires municipales, des régions et de l'occupation du territoire (MAMROT) porte depuis l'élection du gouvernement Couillard en 2015 le nom de MAMOT. Source : <http://austerite.iris-recherche.qc.ca/>

des données. La comparaison de ce cas avec une autre communauté située dans une autre région géographique aurait pu apporter des éléments de preuves intéressants et donner une couleur différente à nos résultats.

Une autre limite est d'ordre temporel. Notre cas a été arbitrairement circonscrit à la période de 2008-2013 et cela, sans aucune autre raison particulière que le fait que la collecte de donnée devait nécessairement prendre fin un jour. Pourtant, nous savons qu'après notre départ, la coopérative de santé Robert-Cliche était dans une seconde phase de son développement. L'ouverture d'un point de service à St-Joseph et le recrutement nécessaire de plusieurs autres médecins auraient pu nous apporter des informations intéressantes sur le maintien de la mobilisation locale dans des entreprises de grande envergure de ce genre. Aussi, la mise en œuvre de la réforme Barrette en 2015 et de façon plus large, les mesures d'austérité mise en place dès l'élection du gouvernement Couillard cette même année auraient certainement été des éléments particulièrement intéressants à étudier dans une perspective *d'empowerment* communautaire.

Enfin, le choix des outils de collecte de données peut également constituer une limite non négligeable en regard de la stratégie de la preuve. Par exemple, les entretiens

de recherche semi-directifs comme principale source de données entraînent des biais difficilement contournables. Nous pensons entre autres choses au fait que nous avons demandé à plusieurs participants de nous parler d'une expérience (la mise en place de la coopérative) plusieurs années après qu'elle se soit réalisée. Nécessairement, les gens ont réinterprété des événements vécus en 2008 avec les connaissances qu'ils avaient développées en 2013. De même, certains détails ou phénomènes ont pu être oubliés ou amplifiés à la faveur du temps qui passe, avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour les résultats de notre étude.

Apports de l'étude

En dépit de ces limites, notre étude apporte sa contribution dans plusieurs domaines. D'abord, en ce qui concerne le phénomène des coopératives de santé du Québec, nous estimons que notre recherche doctorale apporte plusieurs nouvelles connaissances quant au processus de constitution d'une coopérative, les raisons qui les sous-tendent ainsi que les impacts de ces CS dans les communautés où elles sont implantées. C'est ainsi que la plus-value des coopératives est mieux comprise. Elle ne se situe pas seulement dans le résultat, mais aussi dans le processus qui le précède et va donc plus loin que la simple augmentation du nombre de médecins dans une communauté donnée. Dans le cas à l'étude, le déploiement de nouveaux canaux de

communications et d'espaces de participation, ainsi que la consolidation du capital communautaire dépassent de beaucoup ces gains en effectifs. Avec le développement de nouvelles compétences, la communauté a consolidé celles qui étaient déjà présentes et a appris à les utiliser dans un domaine jusqu'alors peu investi par les leaders locaux : la santé et les services sociaux. Ces deux effets conjugués, nul doute que l'on se retrouve devant un milieu plus compétent. Il répond désormais mieux aux besoins de ses membres et ses derniers sont capables d'utiliser les services offerts d'une manière qui ne les dépossède pas de leur pouvoir d'agir. Bien au contraire, la coopérative de santé offre des perspectives d'implications beaucoup plus importantes que ce qui existait auparavant, base cruciale pour le développement de *l'empowerment* individuel. Jusqu'à présent, nous ne connaissons pas d'études sur les coopératives de santé québécoises qui aient abordé ce phénomène sous cet angle. Ainsi nous n'hésitons pas à qualifier notre étude de novatrice en la matière.

Une autre contribution de notre étude concerne les connaissances portant sur *l'empowerment*. D'abord, elle met à jour de façon très nette les interactions entre les différents niveaux *d'empowerment*, même si notre canevas originel voulait se concentrer uniquement sur sa dimension collective. En quelque sorte, les difficultés que nous avons rencontrées dans la délimitation de ces différents niveaux confirment cette relation inextricable entre les organisations et la communauté. Cela nous ramène donc au rôle de

ces dernières dans le processus global *d'empowerment* et qui demande, selon Ninacs (2008) à être creusé davantage. Notre étude confirme leur position mitoyenne entre la population et le reste de la communauté en plus de démontrer leur rôle crucial dans la mise en branle du processus *d'empowerment*.

Le processus *d'empowerment* est une chose, mais il doit être précédé d'un état de *disempowerment*. À cet effet, notre étude apporte avantageusement sa contribution en proposant une définition du *disempowerment* d'une communauté locale qui peut être utilisée dans la majorité des disciplines qui relèvent des sciences humaines et sociales en ce sens qu'elle intègre de multiples concepts propres à certaines d'entre elles : liens sociaux, territoire vécu, développement social, etc. Il en va de même pour les organisations qui, comme nous avons pu le constater, jouent un rôle très important dans le processus *d'empowerment*. C'est ainsi que nous avons, au moins de façon préliminaire, proposé une définition du *disempowerment* organisationnel qui ne s'attarde pas seulement à des indicateurs d'efficacité et prend en considération sa capacité de réaliser sa mission originelle. Cette définition, nous le pensons, pourra certainement être bonifiée et peaufinée dans des recherches futures. Cela nous mène d'ailleurs aux opportunités de recherche qui découlent des nouvelles connaissances produites.

Perspectives de recherche futures

Nous avons souligné dans la section précédente les principaux résultats de notre étude. Ces résultats, pourtant, laissent en suspens certaines questions et qui mériteraient que l'on s'y attarde davantage. Le premier élément, sans nul doute, est celui relatif à la communication. À notre avis, cette dimension est un peu laissée de côté par Ninacs (2008), ce qui fait en sorte qu'il est difficile de prendre la réelle mesure de son impact dans des projets de développement local. La communication ne figure que dans le processus d'empowerment communautaire. Or, nous avons clairement démontré dans notre cas à l'étude que les canaux de communications ont pu se déployer ou se consolider grâce à la mise en place de la coopérative. Son succès, ou si l'on préfère, son empowerment (EO) réside dans sa capacité à combler une lacune observée à l'échelle de la communauté : faire en sorte que les acteurs de la santé se parlent entre eux et communiquent avec le reste du milieu. On relève là une autre incongruence du cadre théorique de Ninacs (2008) : ce sont surtout les individus qui communiquent et là encore, il n'y a pas de mention de cette dimension dans le processus d'EI. Bref, si on veut comprendre le processus d'empowerment qui est issu des projets de développement local, nous pensons qu'il faut revoir la place ou le rôle de la communication un peu à l'image de ce que propose indirectement Wilkinson (1991) avec les champs interactionnels communautaires ou plus concrètement, Parisi, Gill et Harris (2003) et la compétence des communautés.

Ce constat nous amène à parler du processus global d'empowerment, car comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, il semble qu'il soit au final bien peu utile de tenter de comprendre le processus d'empowerment communautaire si on ne tient pas compte des deux autres niveaux (organisationnel et individuel). La présence des organisations nous questionne beaucoup, car elles font à la fois partie des compétences de la communauté locale, mais peuvent aussi devenir des communautés d'intérêts ou d'appartenance, donc avoir leur propre EC. Quelles sont alors les compétences de cette petite communauté? Les compétences individuelles? Mais n'est-ce pas la même chose alors que les compétences organisationnelles, comme Ninacs semble le laisser entendre? Dans tous les cas, cela nous invite à nous pencher [encore!] sur ce que nous entendons par communauté, car il semble se dessiner à l'horizon une distinction entre communauté locale et communauté d'intérêt ou d'appartenance, du moins dans leur processus d'empowerment. En bref, nous recommandons que les futures recherches qui s'intéressent à *l'empowerment* communautaire s'attardent au processus global même si cela doit être plus coûteux en matière de temps et d'argent. Si l'on souhaite vraiment mieux comprendre la teneur de ce concept, cela s'avère nécessaire.

De façon un peu plus concrète, et à partir du constat que les organisations sont au cœur du processus *d'empowerment*, il serait intéressant de reproduire notre étude, mais

en étudiant cette fois d'autres formes d'organisation, plus ou moins formelles selon le cas : entreprise privée à but lucratif, organisme communautaire, point de services d'un CLSC, comité de citoyens autonome, etc. En comparant les résultats de ces différentes études, il sera possible de mieux faire ressortir le rôle des organisations, les modalités de participation et d'implication citoyenne ainsi que les facteurs qui entravent ou facilitent le développement du pouvoir d'agir des individus et de la communauté.

Un élément qui n'a pas été étudié dans notre étude, mais qui mériterait certainement l'attention de la communauté scientifique, est la persistance de *l'empowerment* dans le temps. Dans quelle mesure le simple passage du temps, mais aussi de l'arrivée de nouveaux défis peut influencer le développement des compétences, de la participation, des communications et du capital communautaire d'un milieu? Un retour dans les milieux quelques mois ou années plus tard devrait être envisagé, ce qui permettra de mieux cerner les facteurs qui interviennent dans le maintien (ou la disparition) du pouvoir d'agir sur les décisions.

Enfin, et cela vaut pour toutes les pistes de recherches précédemment soulevées, il importe que les chercheurs ne participent pas, même involontairement, à la transmutation de *l'empowerment* en quelque chose qui le réduit à la simple liberté de

choix individuelle. Ce point a déjà été abordé dans les pages précédentes, mais nous réitérons le soin méticuleux avec lequel il faut manipuler ce concept, particulièrement lorsqu'il s'agit d'aborder la question du rôle de l'État dans l'accompagnement des communautés dans leur développement ou encore, dans la prestation des services qui relève de sa responsabilité. Ce n'est pas pour rien qu'une bonne partie du mouvement communautaire et féministe nord-américain refuse désormais d'utiliser le terme, puisqu'il a été galvaudé ou instrumentalisé par les néolibéraux de ce monde. Or, on peut bien changer le vocabulaire, il ne demeure pas moins que *l'empowerment* doit être réapproprié par les bonnes personnes et pour les bonnes raisons. Comme le soulignent à juste titre Bacqué et Biewner (2013) :

« [...] *l'empowerment* appelle à construire une critique de gauche du *trop* État ou du *mal* État, [il] ne passe pas par la disparition de l'État social, mais il implique une transformation entre les individus et les institutions, entre le collectif et les institutions » (p.142) [italique entre guillemets dans le texte].

C'est ainsi que les recherches futures sont appelées à se positionner en ce sens, afin d'éviter de perpétuer un modèle qui creuse les inégalités, en plus de reporter la faute sur le dos des victimes. Notre conception de *l'empowerment* doit évoluer, puisque le monde change lui-même. En ce sens il faut impérativement redéfinir les meilleures modalités d'action et aussi, cesser de promouvoir un miracle qui ne viendra pas.

Références

- Adamson, D., & Bromiley, R. (2008). *Community empowerment in practice Lessons from Communities First*.
- African Rights. (1995). *Imposing empowerment? Aid and civil institutions in southern Sudan*. Discussion paper. African Rights. Londre. Repéré à <http://repository.forcedmigration.org/pdf/?pid=fmo:5304>
- Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches. (2005). *Projet clinique - balises régionales*. Sainte-Marie: gouvernement du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs59191>.
- Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches. (2009). *Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches : Connaître et mobiliser pour mieux intervenir*. Sainte-Marie: gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/Caracterisation...Cliche.pdf>.
- Agence de santé et de services sociaux de la Chaudière-Appalaches. (2012). *Fiche socio sanitaire: réseau local de services de Beauce*. Sainte-Marie: gouvernement du Québec. Repéré à [http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/citoyen/Fiche Beaucout.pdf](http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/citoyen/Fiche_Beaucout.pdf).
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Alinsky, S. D. (1976). *Manuel de l'animateur social*. Paris: Éditions du Seuil.
- Allaire, N. (2010). *Coop Santé Robert-Cliche - Réseau de services de proximité en soins de santé*. Présentation Power Point. Coopérative de santé Robert-Cliche. Beauceville. Repéré à http://www.csss-iugs.ca/images/from_fckeditor/fichiers/Coop_Sante_NancieAllaire_22mars2010.pdf
- Alliance coopérative internationale. (2010). Cooperative identity, values and principles. *What's a coop*. Repéré à <http://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles>

- Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche. (2011). *Où en sommes-nous dans la MRC Robert-Cliche en 2011 en matière de solidarité et d'inclusion sociale?* Papier présenté à la Conférence de presse de l'Alliance des partenaires locaux de Robert-Cliche, Beauceville. http://www.chaudiere-appalaches.qc.ca/upload/sisca/editor/RC_Portrait%20socioeconomique.pdf
- Amdam, R. (2010). Empowerment Planning in Regional Development. *European Planning Studies*, 18(11), 1805-1819.
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors Série*(5), 26-37.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *American institute of Planners journal*, 35(4), 216-224.
- Association Québécoise des Établissements de Santé et de Services sociaux. (2010). *Positionnement associatif sur la place des coopératives de santé au sein du réseau local de service.*
- Association québécoise des Établissements de Santé et de Services sociaux. (2013). *Mémoire sur les coopératives de santé.* Repéré à http://www.agesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/Memoire_COOP_sante_2013.pdf
- Assoumou-Ndong, F.-X., & Girard, J.-P. (2000). *Développement coopératif comparé, Québec-Saskatchewan : les formes organisationnelles des coopératives dans le domaine de la santé, la capitalisation des coopératives dans le secteur agro-alimentaire.* Sherbrooke: IRECUS.
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d'empowerment et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 5(2), 28-35.
- Azeem, M., & Salfi, N. A. (2012). Usage of Nvivo software for qualitative data analysis. *Academic Research International*, 2(1), 262-264.
- Bacqué, M.-H. (2006). Empowerment et politiques urbaines aux États-Unis. *Géographie, Économie, Société*, 8, 107-124.
- Bacqué, M.-H., & Biewner, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice.* Paris: La Découverte.

- Bartle, P. (2008). The human factor and community empowerment. *Review of Human Factor Studies*, 14(1), 99-122.
- Bazeley, P., & Jackson, K. (2013). *Qualitative data analysis with Nvivo* (2 ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Beaud, J.-P. (2006). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (pp. 211-242). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bebbington, A. (2001). Development: rural development strategies. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Éds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 3578-3583). Palo Alto & Berlin: Elsevier Science.
- Bélair-Cirino, M. (2014, 10 mai). Santé : Barrette annonce un virage musclé. *Le devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/407915/la-methode-barrette-pas-l-apocalypse-mais-un-changement-de-direction-clair>
- Bell, C., & Newby, H. (1971). *Community studies*. Londre: George Allen & Unwin.
- Benazera, C. (2005). *Le développement des communautés et l'approche en empowerment: évaluation de l'implantation de trois projets dans la région de la Capitale Nationale*. Repéré à <http://www.dspq.qc.ca/publications/Empowerment-Develop.pdf>
- Bennett, A., & Elman, C. (2006). Qualitative research: Recent Developments in Case Study Methods. *Annual review of political science*, 9, 455-476.
- Bergeron, C., & Pollender, H. (2014). *Devenir artisan de sa santé: des communautés d'appartenance en action*. Repéré à http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Groupe_Hans_Kai_2014-07-03.pdf
- Bernier, N. F. (2011). *L'environnement politique de la santé. Théorie et pratique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Bhattacharyya, J. (2004). Theorizing Community Development. *Journal of the Community Development Society*, 34(2), 5-34.
- Billings, J. R. (2000). Community development: a critical review of approaches to evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 472-480.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchet, L. (2001). La prévention des problèmes psychosociaux et la promotion de la santé et du bien-être - l'appropriation du pouvoir. Dans H. Dorvil & R. Mayer (Éd.), *Problèmes sociaux - Théories et méthodologies* (Vol. 1, pp. 160-161): Presses de l'Université du Québec.
- Boisvert, R. (2007). *Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*. Repéré à <http://www.agencesss04.qc.ca>
- Boivin, I., & Fillion, L. J. (1999). *La Coop-Santé Les Grès*. Repéré à <ftp://donnees.admnt.usherbrooke.ca/Cop716/Cas/Coop-Sant%E9%20Les%20Gr%E8s.pdf>
- Borduas, J. (2013). *Le gouvernement de la vie dans les sociétés libérales : Une relecture critique de la perspective bio politique chez Michel Foucault, Nikolas Rose et Giorgio Agamben*. (Maîtrise), Université du Québec à Montréal, Montréal. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/5924/1/M13187.pdf>
- Boulenger, S., & Castonguay, J. (2012). *La rémunération des médecins de 2000 à 2009*. Retrieved from Montréal: <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-13.pdf>
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. Dans J. Richardson (Éd.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). New York: Greenwood.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L., & Fréchette, L. (Éds.). (2007). *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bradshaw, T. K. (2013). The post-place community. Dans M. A. Brennan, J. C. Bridger, & T. R. Alter (Éds.), *Theory, practice and community development* (pp. 11-24). New-York: Routledge.
- Brassard, M.-J. (2009). *Gouvernance territoriale et processus d'innovation sociale : l'exemple des coopératives*. Repéré à <http://aruc-dtc.uqar.qc.ca/images/stories/CON-03-2009.pdf>

- Brassard, M.-J., & Darou, J. (2012). *Portrait des coopératives de santé au Québec*. Lévis : ARUC- DTC.
- Brassard, M.-J., Leblanc, P., & Étienne, O. (2009). *Les coopératives de santé: du consommateur à l'acteur*. Retrieved from Rimouski:
- Brasseur, G., & Murray, E. (2013). *Étude de cas : fonctionnement, avantages et intégration au système de santé québécois de la Coopérative de solidarité de santé de la MRC Robert-Cliche*. (Maîtrise en gestion et gouvernance des coopératives et mutuelles), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Brennan, M. A., & Israel, G. D. (2013). The power of community. Dans M. A. B. Brennan, Jeffrey C., Alter, Theodore R. (Éds.), *Theory, practice and community development* (pp. 78-97). New York: Routledge.
- Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28(6), 721-727.
- Butterfoss, F. D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annual review of public health*, 27, 323-340.
- Butterworth, E., & Weir, D. (1970). *The sociology of modern Britain*. Londre: Fontana.
- Caillouette, J. (2008). Appartenance, identité et territoire vécu : des notions centrales au développement des communaut. *Développement social*, 9(2), 9-10.
- Callois, J.-M. (2006, 13 décembre 2006). Les relations sociales, frein ou moteur de la durabilité : approche par la notion de rayon de confiance. Repéré à <http://developpementdurable.revues.org/index3284.html>
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 255-270.
- Canada. Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6 C.F.R. (1984).
- Canada. (2004, 22 novembre 2010). Politique canadienne en matière de santé. Repéré à <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/934-f.htm>
- Canguilhem, G. (1979). *Le normal et le pathologique* (4 ed.). Paris: Presses universitaires de France.

- Canguilhem, G. (2008). Health: crude concept and philosophical question. *Public culture*, 20(3), 467-477.
- Carrasco, M. A., & Bilal, U. (2016). A sign of the times: To have or to be? Social capital or social cohesion? *Social Science & Medicine*, 159, 127-131.
- Carrier, M., & Doucet, M. (1998). *L'avenir des petites collectivités...avec ou sans services?*
- Casavant, M. (2013). Les PREM, une source de contrainte ? *Le médecin du Québec*, 48(1), 73-74.
- Casavant, M., & Belzile, P. (2013). Le DRMG: maître d'oeuvre régional de l'organisation des soins médicaux généraux. *Le médecin du Québec*, 48(11), 83-84.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*.
- Chagnon, J. (2004). *Les coopératives de solidarité au Québec*. Québec: Ministère du développement économique et régional et de la recherche.
- Chantier de l'économie sociale. (2008). *L'économie sociale : un outil de développement des communautés rurales - Guide de bonnes pratiques sur le développement de l'économie sociale en milieu rural*. Repéré à <http://www.chantier.qc.ca/userImgs/documents/CLevesque/sitechantierdocuments/guide-chantier-ruralite.pdf>
- Chantier de l'économie sociale. (2012). *Guide de référence sur l'économie sociale*. Repéré à <http://www.economiesocialejeunesse.ca/fichiers/docs/guide-de-reference-sur-l-economie-sociale.pdf>
- Chantier de l'économie sociale. (2016). Définition. Repéré à <http://www.chantier.qc.ca/?module=document&uid=871>
- Chaskin, R. J. (1997). Perspectives on Neighborhood and Community: A Review of the Literature. *Social Service Review*, 71(4), 521-547.

- Chassin, Y., & Moreau, A. (2016). L'entêtement bureaucratique du ministre Barrette. *Le devoir*, (12 avril). Repéré <http://www.ledevoir.com/societe/sante/467854/cliniques-d-infirmieres-praticiennes-l-entetement-bureaucratique-du-ministre-barrette>
- Chauvin, S., & Jouin, N. (2012). L'observation directe. Dans S. Paugam (Éd.), *L'enquête sociologique* (2 éd., pp. 143-165). Paris: Presses Universitaires de France.
- Cheater, A. P. (1999). *The anthropology of power empowerment and disempowerment in changing structures*. London ; New York: London ; New York : Routledge.
- Chess, W. A., & Norlin, M. (1988). *Human Behavior and the social environment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Chevalier, J. (2003). La gouvernance, un nouveau paradigme étatique? *Revue française d'administration publique*, 105-106(1-2), 203-217.
- Chevrier, J. (2006). La spécification de la problématique. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (pp. 51-84). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Christens, B. D., & Speer, P. W. (2006). Review Essay: Tyranny/Transformation: Power and Paradox in Participatory Development. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(2). Repéré à <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/91/189>
- Christens, B. D., & Speer, P. W. (2015). Community Organizing: Practice, Research, and Policy Implications. *Social Issues and Policy Review*, 9(1), 193-222.
- Church, J., Saunders, D., Wanke, M., Pong, R., Spooner, C., & Dorgan, M. (2002). Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *J Public Health Policy*, 23(1), 12 - 32.
- CLD Robert-Cliche. (2009). Portrait du territoire. Repéré à <http://www.cldrc.qc.ca/fr/avantages-de-la-region>
- Cloutier, L. (2015, 20 avril). La Beauce opère un mariage économique. *Beaucemedia.ca*. Retrieved from <http://www.beaucemedia.ca/actualites/economie/2015/4/29/la-beauce-opere-un-mariage-economique.html>

- Cohen, A. P. (1985). *The symbolic construction of community*. New York: Routledge.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120.
- Collectif des maires de la MRC de Nicolet-Yamaska. (2008, 21 octobre). Pénurie de médecins - Une menace en région rurale. *Le devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/2008/10/21/211624.html>
- Collège des médecins du Québec. (2009). Travail et obligations du médecin. Retrieved from <http://www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2013, 7 mai). La pratique hors établissement. *ALDO-Québec*. Repéré à <http://aldo.cmq.org/fr-CA/Partie%201/AspectOrganisationnels/ExerciceProf/ExerciceHorsEtablissement/Introduction.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2014, 29 janvier). Une croissance de 455 médecins en exercice au Québec par rapport à l'an passé. *Bilan annuel des effectifs médicaux*. Repéré à <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2014/2014-01-29.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2017a). Répartition des médecins selon les certificats de spécialité - Médecins inscrits actifs. Repéré à <http://www.cmq.org/page/fr/repartition-selon-specialite.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2017b). Statistiques. Repéré à <http://www.cmq.org/page/fr/repartition-selon-specialite.aspx>
- Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives*. Repéré à <http://crises.ugam.ca/publications/etudes-theoriques/245-et9402.html>
- Comeau, Y. (2009). *Réalités et dynamiques régionales de l'économie sociale: la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches*. Montréal: Éditions Vie économique.
- Comeau, Y., & Girard, J.-P. (2000). *Analyse comparative de différents types d'organismes offrant des services de première ligne en matière de santé*.
- Comeau, Y., & Girard, J.-P. (2005). Économie sociale et santé : une présence méconnue, des innovations à découvrir. *Économie et solidarités*, 36(2), 1-12.

- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012a). Améliorer l'accès aux services de première ligne et aux soins spécialisés. *Info-performance*, (5). Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_no5.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012b). *L'importance du débat public et les conditions qui y sont propices - Version détaillée*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011/DebatPublic/CSBE_debat_public_detaille_2012.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016a). *Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services: Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux 2016 - État des lieux*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/anierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenne.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2016b). *Perception et expériences des médecins de première ligne: Le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/CWF/CSBE_Rapport_CWF_2015.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1971). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations (Rapport Clair)*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>

- Commission de toponymie du Québec. (2013a). Beauceville. Repéré à http://www.toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/fiche.aspx?no_seq=341186
- Commission de toponymie du Québec. (2013b). St-Joseph-de-Beauce. Repéré à http://www.toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/fiche.aspx?no_seq=56980
- Commission de toponymie du Québec. (2014). Robert-Cliche. Repéré à http://www.toponymie.gouv.qc.ca/ct/ToposWeb/fiche.aspx?no_seq=141042
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- Compton-Lilly, C. (2013). Case studies. Dans A. A. Trainor & E. Graue (Éds.), *Reviewing qualitative research in the social science* (pp. 54-65). New-York: Routledge.
- Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalache. (2013). *Région de Chaudière-Appalaches - Découpage administratif*. Montmagny: CRÉ Chaudière-Appalaches Repéré à <http://www.chaudiere-appalaches.qc.ca/upload/chaudiere-appalaches/editor/D%C3%A9coupage%20administratif%20CA2013.pdf>.
- Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches. (2010). *Mieux comprendre les familles de la Chaudière-Appalaches - Faits saillants MRC Robert-Cliche*. Montmagny: CRÉ Chaudière-Appalaches. Repéré à www.chaudiere-appalaches.qc.ca.
- Conférence régionale des élus de Chaudière-Appalaches. (2012). *SISCA: portrait socioéconomique de la MRC Robert-Cliche en matière de solidarité et d'inclusion sociale*. Montmagny: CRÉ de la Chaudière-Appalaches. Repéré à http://www.chaudiere-appalaches.qc.ca/upload/sisca/editor/RC_SISCA-120823.pdf.
- Conklin, A., Morris, Z., & Nolte, E. (2010). *Involving the public in healthcare policy: An update of the research evidence and proposed evaluation framework*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Conseil de la coopération du Québec. (2006). *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé: Mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales*. Québec: Conseil de la la coopération du Québec. Repéré à <http://www.coopquebec.coop/site.asp?page=element&nIDElement=2413>.

- Conseil de la santé et du bien-être. (1998). *Forum sur le développement social - Rapport*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/ColloquesForum/19981001_coll_rfr.pdf
- Conseil de la santé et du bien-être. (2001). *L'appropriation par la communauté de leur développement - Rapport*.
- Conseil de la santé et du bien-être. (2003). *Avis - L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux*.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa: gouvernement du Canada. Repéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf.
- Conseil des maires de la MRC Robert-Cliche. (2009). *Plan de travail MRC Robert-Cliche 2009-2010 - Dans le cadre de la gestion du Pacte rural 2007-2014*. Repéré à http://www.beaucerc.com/upload/beaucerc/editor/asset/Plan%20de%20travail%202007-2014%20mise%20C3%A0%20jour%202014%20avril%202009%20%20_2_.pdf
- Conseil québécois de la coopération et de la mutualité. (2008). *Le leadership municipal et coopératif dans le développement des territoires: un partenariat naturel*.
- Conseil québécois de la coopération et de la mutualité. (2006). *La gouverne de leur santé par les cercles de coopérateurs-trices: Une approche novatrice en prévention de la santé - Projet préliminaire*. Projet de recherche préliminaire. CQCM. St-Laurent.
- Conseil québécois de la coopération et de la mutualité. (2012). Une coop c'est... Retrieved from <http://www.coopquebec.coop/fr/principes-cooperatifs.aspx>
- Conseil québécois de la coopération et de la mutualité, & Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. (2010). *Coopérative de santé - Guide démarrage*. Dans FCSDSQ (Éd.). Lévis: CQCM et FCSDSQ.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La réforme du système de santé: un enjeu de société. *Santé, société et solidarité*(2), 31-40.

- Contandriopoulos, A.-P., & Fournier, J. (2007). *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*. Retrieved from Montréal: http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf
- Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Borges da Silva, R., Bilodeau, H., Leduc, N., Dandavino, A., & Nguyen, H. (2007). *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'oeuvre médicale au Québec*. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/25837.pdf
- Contandriopoulos, D. (2015). L'échec de la réforme Barrette. *L'actualité.com*. Repéré à <http://www.lactualite.com/politique/lechech-de-la-reforme-barrette/>
- Coopérative de santé Robert-Cliche. (2010). *Rapport Annuel 2009*. CSRC. Beauceville. Repéré à <http://www.coopdesanterobertcliche.com/sites/24012/Rapport%20annuel%202009%20final.pdf>
- Coopérative de santé Robert-Cliche. (2013a). Coop Santé Robert-Cliche - Accueil. Repéré à <http://www.coopdesanterobertcliche.com/>
- Coopérative de santé Robert-Cliche. (2013b). *Rapport annuel 2012*. CSRC. Beauceville. Repéré à http://www.coopdesanterobertcliche.com/sites/24012/files/RapportAnnuel_2012.pdf
- Côté, G., Lanctôt, C., & Rhéault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des Réseau locaux de services de santé et de services sociaux*. Repéré à http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/2010_05_evaluationcsss_directionevaluationmsss.pdf
- Coudel, E., Tonneau, J.-p., & Rey-valette, H. (2011). Diverse approaches to learning in rural and development studies: review of the literature from the perspective of action learning. *Knowledge Management Research & Practice*, 9(2), 120-135.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: qualitative & quantitative & mixed method approaches* (2ème ed.). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Cunningham, J. B. (1997). Case study principles for different types of cases. *Quality and Quantity*, 31(4), 401-423.
- Curry, N. (2009). The Disempowerment of Empowerment: How Stakeholding Clogs Up Rural Decision-making. *Space & Polity*, 13(3), 213-232.

- D'amours, M. (2000). *Procès d'institutionnalisation de l'économie sociale au Québec*. Montréal: CRISES/LAREPPS.
- Daoust-Boisvert, A. (2013, 18 mai). Médecin de famille recherché. Encore! - Les groupes de médecine familiale remplissent-ils leurs promesses? *Le devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/378512/les-groupes-de-medecine-de-famille-a-la-croisee-des-chemins>
- Day, G. (2006). *Community and everyday life*. New-York: Routledge.
- De Collerette, P. (1991). *Pouvoir, leadership et autorité dans les organisations*: Presses de l'Université du Québec.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3 ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Dextra, H. (2010). *La gouvernance et le développement économique local : Liens possibles*. (doctorat), Programme offert conjointement par l'Université du Québec à Rimouski et l'Université du Québec à Chicoutimi, Rimouski. Repéré à http://semaphore.ugar.ca/533/1/Hugues_Dextra_aout2010_A1b.pdf
- Directeur Général des élections. (2014). Résultats électoraux - Élections générales. Retrieved from <http://www.electionsquebec.qc.ca/francais/provincial/resultats-electoraux/elections-generales.php>
- Direction régionale de la Chaudière-Appalaches du Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. (2007). *Portraits agricoles et agroalimentaires de la Chaudière-Appalaches - MRC Robert-Cliche*. Lévis: gouvernement du Québec Repéré à http://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Regions/ChaudiereAppalaches/FichesMRC_Robert-Cliche_Web.pdf.
- Dugas, C. (2006). Le développement des régions. *Relations*(709), 32-34.
- Dumont, B., Dumont, G., & Réveillard, C. (2012). *La guerre civile perpétuelle: Aux origines modernes de la dissociété*. Paris: Artège éditions.
- Durkheim, E. (1967). *Le suicide: Étude de sociologie* (2ème éd.). Chicoutimi: Les Presses universitaires de France.

- Emploi-Québec Chaudière-Appalaches. (2008). *Profil socioéconomique de la MRC Robert-Cliche - Document de référence*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1563106>.
- Ennew, J. (1980). *The Western Islands Today*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Équipe santé famille. (2006). *Guide de promotion de la santé et de prévention des maladies*. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/guidesf/fht_health_promotionf.pdf
- Eunjung, L., Mishna, F., & Brennenstuhl, S. (2010). How to Critically Evaluate Case Studies in Social Work. *Research on Social Work Practice*, 20(6), 682-689.
- Everett, J. E., Homstead, K., & Drisko, J. (2007). Frontline worker perceptions of the empowerment process in community-based agencies. *Social Work*, 52(2), 161-170.
- Falcimaigne, N. (2012, 2 mai). Forum coopératif de l'Outaouais – Le tissu d'une région. *Ensemble*. Repéré à <http://www.journalensemble.coop/article/2012/05/forum-cooperatif-de-loutaouais-le-tissu-dune-region/231>
- Farmer, J., & Nimegeer, A. (2014). Community participation to design rural primary healthcare services. *Bmc Health Services Research*, 14.
- Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95-116.
- Favreau, L. (2005). *Développement social au Québec : le renouvellement des stratégies de développement des communautés de 1990 à aujourd'hui*. Gatineau: Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (UQO).
- Favreau, L. (2008). *Entreprises collectives: Les enjeux sociopolitiques et territoriaux de la coopération et de l'économie sociale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L., & Fréchette, L. (1995). *Pauvreté urbaine et exclusion sociale : pistes de renouvellement du travail social auprès des personnes et des communautés locales en difficulté*.

- Favreau, L., & Larose, G. (2004). Économie sociale et développement local au Québec (Canada): Innovation et institutionnalisation des initiatives de la société civile (1990-2004). Dans L. Favreau, G. Larose, & A. S. Fall (Éds.), *Le Sud...et le Nord dans la mondialisation, quelles alternatives? : Le renouvellement des modèles de développement* (pp. 266-292). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L., & Lévesque, B. (1997). L'économie sociale et les pouvoirs publics : banalisation du "social" ou tremplin pour une transformation sociale? *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 71-80.
- Favreau, L., & Lévesque, B. (1999). *Développement économique communautaire - économie sociale et intervention*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Richter, K. P., Lewis, R. K., ... et coll. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *Am J Community Psychol*, 23(5), 677-697.
- Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. (2009, 2009). Cadre de référence sur les coopératives de santé. Repéré à http://www.fcsdsq.coop/contenu_sante/documents_sante/cadre_reference_2010/cadre_reference_cooperatives_sante%282010%29.pdf
- Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. (2012, février). Répertoire des coopératives de santé. Repéré à <http://www.fcsdsq.coop/>
- Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. (2013). *Mémoire présenté au groupe de travail sur les coopératives de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: FCSDSQ.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2006). En fin, la facturation noir sur blanc: Exercez-vous en cabinet, en établissement ou à domicile? *Le médecin du Québec*, 41(5), 159-160.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2011, 17 novembre). Les groupes de médecine familiale (GMF). *Organisation*. Repéré à <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/gmf/default.aspx>
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2012a, 24 avril). Les cliniques réseaux. *Organisations*. Repéré à <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/clinics/default.aspx>

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2012b, 2 mars). Nouveaux médecins : on ne peut vous imposer de « PREM intrarégionaux ». *PEM, PREM et AMO*. Repéré à <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/pem/Lists/Billets/Post.aspx?ID=10>
- Fédération des médecins résidents du Québec. (2017, 19 juin). Les activités médicales particulières (AMP). *Pratiquer au Québec*. Repéré à <http://www.fmrq.qc.ca/formation-medicale/info.cfm?cfgsection=pratiquerauquebec&cfgsoussection=activites-medicales-particulieres-amp&noPageSiteInternet=148>
- Fedi, A., Mannarini, T., & Maton, K. I. (2009). Empowering Community Settings and Community Mobilization. *Community Development Journal*, 40(3), 275-291.
- Fellin, P. (1995). *The community and the social worker* (2 éd.). Itasca: Peacock publishers.
- Fellin, P. (2001). Understanding american communities. Dans J. Rothman, J. Erlich, & J. E. Tropman (Éds.), *Strategies of community intervention* (pp. 119-132). Itasca: Peacock publishers.
- Fetterman, D. M. (2002). Empowerment Evaluation: Building Communities of Practice and a Culture of Learning. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 89-102.
- Fleury, É. (2017). Taux d'assiduité et d'inscription: les médecins de famille sur la bonne voie (8 février). Repéré à http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201702/08/01-5067526-taux-dassiduite-et-dinscription-les-medecins-de-famille-sur-la-bonne-voie.php?utm_categorieinterne=traffiddrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_meme_auteur_5067462_article_POS2
- Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H., & Bordeleau, L. (Éds.). (2007). *Le système sociosanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Flick, U. (2002). Qualitative Research - State of the Art. *Social Science Information*, 41(1), 5-24.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.

- Forest, P.-G., Abelson, J., Gauvin, F.-P., Martin, E., & Eyles, J. (2003). Participation et publics dans le système de santé du Québec. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Begin, & G. Bélanger (Éds.), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux* (pp. 173-200). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Forest, P.-G., Abelson, J., Gauvin, F.-P., Smith, P., Martin, É., & Eyles, J. (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Retrieved from Québec:
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche - méthodes quantitatives et qualitatives* (2ème éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Freire, P. (2001). *Pédagogie des opprimés: suivi de conscientisation et révolution*. Paris: Éditions la Découverte.
- Frémont, A. (1976). *La Région, espace vécu*. Paris: Flammarion.
- Friedman, J. (1992). *Empowerment: the politics of alternative development*. Cambridge: Blackwell publishers.
- Gagnon, Y.-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche : Guide de réalisation*. Quebec, QC, CAN: Les Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche: guide de réalisation*: Presses de l'Université du Québec.
- Gans, H. J. (1952). Urbanism and suburbanism as ways of life. Dans M. Rose (Éd.), *Human behaviour and social processes* (pp. 625-648). Londre: Routledge.
- Garon, I. (1997). *Le développement des coopératives de santé au Québec: les conditions de création et d'émergence*. (Maîtrise en gestion et développement des coopératives), mémoire de maîtrise inédit: Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Garvin, C. D., & Tropman, J. E. (1992). *Social work in contemporary society*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gaumer, B. (2008). *Le système de santé et des services sociaux du Québec: une histoire récente et tourmentée - 1921-2006*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.

- Gaumer, B., & Fleury, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec: un parcours historique. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Éds.), *Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation* (pp. 3-21). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Gauthier, A., & Rheault, S. (2008). La réorganisation de la première ligne au Québec: une nouvelle dynamique entre les médecins et le réseau public. *Santé, société et solidarité*(2), 97-103.
- Gauthier, B. (2006). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (4ème éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, J., Haggerty, J., Lamarche, P., Lévesque, J.-F., Morin, D., Pineault, R., & Sylvain, H. (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1014_ConditionsAccesServSanteCommunRurales.pdf
- Gélinas, B. (2007a). La place des médecins dans les projets de coopératives de santé. *L'Action nationale*, (Avril). Repéré à http://www.action-nationale.qc.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=489
- Gélinas, B. (2007b, 24 juillet 2007). Les coopératives de santé: une option gagnante. *Le Devoir.com*. Retrieved from <http://www.ledevoir.com/societe/sante/151181/les-cooperatives-de-sante-une-option-gagnante>
- Gibbert, M., & Ruigrok, W. (2010). The “What” and “How” of Case Study Rigor: Three Strategies Based on Published Work. *Organizational Research Methods*, 13(4), 710-737.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley: University of California press.
- Gingras, F.-P., & Côté, C. (2009). Sociologie de la connaissance. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données* (pp. 19-50). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Girard, J.-P. (2000). *Les coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec : état de situation*. Montréal: Chaire de coopération Guy-Bernier (UdM).

- Girard, J.-P. (2005a). *La mise en place d'une coopérative dans le domaine de la santé : facteurs de réussites, facteurs d'échecs*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.coop.gc.ca/COOP/display-afficher.do?id=1236794663146&lang=fra>.
- Girard, J.-P. (2005b). Le développement récent des coopératives dans le domaine sociosanitaire au Québec: une lecture. *Économie et solidarités*, 36(2), 89-106.
- Girard, J.-P. (2006a). *Notre système de santé autrement. L'engagement citoyen par les coopératives*. Montréal: BLG.
- Girard, J.-P. (2006b). *Une voie originale d'empowerment des citoyens dans le système de santé: les entreprises collectives*. Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de première ligne. Repéré à <http://www.greas.ca/publication/pdf/jpgirard.pdf>
- Girard, J.-P. (2007). *Les coopératives de santé dans le monde: information de base et évolution des coopératives de services de santé et de services sociaux*. Retrieved from Sherbrooke: <http://www.usherbrooke.ca/irecus/publications-irecus/autres-publications>
- Girard, J.-P. (2011). Coopératives de santé au Québec: 15 ans de cheminement, d'adaptation, d'apprentissage. *I4*, (Juin), 5. Repéré à http://communityrenewal.ca/sites/all/files/resource/i42011JUN23_Co-ops_sante.pdf
- Girard, J.-P. (2012). Coopérative de services de santé au Québec : entre l'espoir et le doute. *Vie économique*, 3(4), 1-12.
- Girard, J.-P., & Lamothe, L. (2004). *La contribution des coopératives de santé à l'offre de services de première ligne: liens avec le système public de santé et impacts socioéconomiques - Rapport présenté au Secrétariat aux coopératives*. Repéré à http://www.productionslps.com/user/contribution_coops_sante_premiere_ligne.pdf
- Girard, J.-P., & Langlois, G. (2004). *Problèmes et solutions au développement des coopératives dans le domaine de la santé*. Rapport de recherche. Conseil de la coopération du Québec. Québec.

- Giroux, M.-È. (2008). *Les enjeux et la place des coopératives et des OBNL dans le système de santé au Québec*. Repéré à [http://www4.uqo.ca/aruc/Fichiers/Cahiers%20Recherche/S%C3%A9rie%20recherches/No%2021%20GIROUX,%20Marie-%C3%88ve%20-%20Coop%C3%A9ratives%20dans%20le%20milieu%20de%20sant%C3%A9%20\(2008\)/Cahier%20Marie-%C3%88ve%20Giroux.pdf](http://www4.uqo.ca/aruc/Fichiers/Cahiers%20Recherche/S%C3%A9rie%20recherches/No%2021%20GIROUX,%20Marie-%C3%88ve%20-%20Coop%C3%A9ratives%20dans%20le%20milieu%20de%20sant%C3%A9%20(2008)/Cahier%20Marie-%C3%88ve%20Giroux.pdf)
- Giroux, M.-È. (2009). *La participation des citoyens et citoyennes dans les coopératives de santé au Québec*. (Maîtrise en service social), Université Laval, Québec. Repéré à http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidpLLiy_fLAhXJsIMKHQ2vDd0QFgg0MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.theses.ulaval.ca%2F2009%2F26558%2F26558.pdf&usq=AFQjCNHmWZJqM4B1GKJ3K9EL3W-JX3gnwg&sig2=kOGqp-9rpOdYcwlAtiP48Q
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Goudet, B. (2009). *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*. Lyon: Chronique sociale.
- Grafmeyer, Y., & Joseph, I. (1990). Présentation: la Ville-laboratoire et le milieu urbain. Dans Y. Grafmeyer & I. Joseph (Éds.), *L'École de Chicago, naissance de l'écologie urbaine* (pp. 6-52). Paris: Éditions Aubier.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11 ed.). Paris: Dalloz.
- Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne. (2013). *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de santé de première ligne*. Repéré à http://amooq.ca/wp-content/uploads/2013/11/Rapport_acessibilite_.pdf
- Groupe de travail sur les communautés dévitalisées. (2010). *Des communautés à revitaliser - un défi collectif pour le Québec - Document synthèse*. Repéré à http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/grands_dossiers/municipalites_devitalisees/rapport_communautes_devitalises_synthese.pdf
- Groupe de travail sur les coopératives de santé. (2013). *Rapport du Groupe de travail sur les coopératives de santé*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-720-01W.pdf>
- Guérard, F. (1996). *Histoire de la santé au Québec*. Montréal: Boréal.

- Guest, D. (1995). *Histoire de la sécurité sociale au Canada*. Beauceville: Les éditions du Boréal.
- Halpern, C. (2010). La santé en quête de sens. Dans C. Halpern (Éd.), *La santé, un enjeu de société* (pp. 22-36). Auxerre Cedex: Éditions Sciences humaines.
- Hancock, L., Mooney, G., & Neal, S. (2012). Crisis social policy and the resilience of the concept of community. *Critical Social Policy*, 32(3), 343-364.
- Hawley, A. (1950). *Human Ecology: A Theory of Community Structure*. New-York: Ronald Press Company.
- Hébert, R. (2010). Les Coopératives de santé: un apport ou une menace au système de santé québécois ? *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 6(2), 42-46.
- Hébert, R., & Prémont, M.-C. (2010). Les coopératives de santé: entre compétition commerciale et solidarité sociale. *Revue juridique Thémis*, 44(3), 273-323.
- Hillery, G. A. (1955). Definitions of Community: Areas of Agreement. *Rural Sociology*, 20(2), 111-123.
- Holden, M., & Laurent, S. (2004). *Transfert canadien en matière de santé (TCS) et autres transferts fédéraux en santé*. (TIPS-99F). Ottawa: gouvernement du Canada Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/tips/PDF/tip99-f.pdf>.
- Hudon, R., Poirier, C., & Yates, S. (2008). Participation politique, expressions de la citoyenneté et formes organisées d'engagement. *Politique et sociétés*, 27(3), 165-185.
- Hur, M. H. (2006). Empowerment in Terms of Theoretical Perspectives: Exploring a Typology of the Process and Components across Disciplines. *Journal of community psychology*, 34(5), 523-540.
- Hustedde, R. J., & Ganowicz, J. (2013). What's essential about theory for community development practice? Dans M. A. Brennan, J. C. Bridger, & T. R. Alter (Éds.), *Theory, practice, and community development*. New York: Routledge.
- Hyppolite, S.-R. (2009). *Évaluation des projets d'empowerment menés par Collectivité en Action selon une approche participative*.

- Hyung Hur, M. (2006). Empowerment in terms of theoretical perspectives: exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of community psychology*, 34(5), 523-540.
- Ibrahim, S., & Alkire, S. (2007). Agency and Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford Development Studies*, 35(4), 379-403.
- Illich, Y. (1981). *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Éditions du Seuil.
- Illich, Y. (1999). L'obsession de la santé parfaite. *Le monde diplomatique*, 28-33.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2009). *Expériences vécues en soins de santé primaire au Canada*. Repéré à http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2013). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/SMDB_2012_FR.zip
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2015). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2015 : tableaux de données*. Repéré à <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC3269&lang=fr>
- Institut du Nouveau monde. (2007). *La participation citoyenne des Québécois issus des minorités : l'ultime condition d'une intégration réussie*. Repéré à http://inm.gc.ca/Centre_doc/57-memoire_inm_20octobre2007.pdf
- Institut national de la recherche scientifique. (2011). *Portrait socioéconomique du territoire de la MRC de Robert-Cliche*. Lévis: Direction régionale d'Emploi-Québec de Chaudière-Appalaches. Repéré à http://emploiquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/pdf/Regions/Chaudiere-Appalaches/12_imt_portrait_Robert-Cliche_2010.pdf.
- Institut national de la santé publique du Québec. (2014). *Le Dispositif participatif de caractérisation des communautés locales : évaluation d'implantation dans trois régions du Québec*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1785_Caracterisation_Communautes_Locales.pdf.

- Institut national de santé publique du Québec, & Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2012). *Regarder en arrière pour mieux avancer : Synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de première ligne dans les provinces canadiennes*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1438_RegarderArriereMieuxAvancer_SynthEvalReforSoins1Ligne.pdf
- International Health Cooperative Organisation, & IRECUS. (2009). *Les coopératives de santé dans le monde - le Canada*.
- Islam, G. (2014). Social identity theory. Dans T. Teo (Éd.), *Encyclopedia of critical psychology* (pp. 1781-1783). New-York: Springer.
- Itahaky, H., & York, A. S. (2000). Empowerment and community participation: does gender make a difference? *Social Work Research*, 24(4), 225-234.
- James, W. (1999). Empowering ambiguities. In A. Cheater (Ed.), *The anthropology of power - empowerment and disempowerment in changing structures* (pp. 13-27). New York: Routledge.
- Jean, B. (2016). *Le BAEQ revisité: un nouveau regard sur la première expérience de développement régional au Québec*. Ste-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Jeffries, A. (1996). Modelling community work: an analytic framework for practice. *Journal of community practice*, 3(3-4), 101-125.
- Jessop, B. (2012). Marxist Approaches to Power. Dans E. Amenta, K. Nash, & A. Scott (Éds.), *he Wiley-Blackwell Companion to Political Sociology* (pp. 3-14). Oxford: Blackwell.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Jetté, C., Lévesque, B., Mager, L., & Vaillancourt, Y. (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Jochems, S. (2009). Les Pra-TIC en organisation communautaire au Québec. Dans D. Bourque, Y. Comeau, & L. Fréchette (Éds.), *L'organisation communautaire: fondements, approches et champs de pratique* (pp. 325-338). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Jouvé, B. (2006). Éditorial. L'empowerment : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement. *Géographie, Économie, Société*, 8(1), 5-15.
- Joyal, A. (2002). *Le développement local: comment stimuler l'économie des régions en difficulté*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Joyal, A. (2006, 11 février 2006). Développement local. Repéré à http://agora.qc.ca/dossiers/Developpement_local
- Kaminski, M., Kaufman, J. S., Graubarth, R., & Robins, T. G. (2000). How do people become empowered? A case study of union activists. *Human relations*, 53(10), 1357-1383.
- Kaufman, H. F. (1959). Toward an Interactional Conception of Community. *Social Forces*, 38(1), 8-17.
- Klein, J.-L. (2006). Développement local et initiative locale: une perspective d'analyse et d'intervention. Dans P.-A. Tremblay, M. Tremblay, & S. Tremblay (Éds.), *Le développement social : Un enjeu pour l'économie sociale* (pp. 150-161). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Klein, J.-L. (2008). *L'économie sociale comme base d'une stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion : conditions de réussite*. Paper presented at the Colloque de l'économie sociale et lutte à la pauvreté et à l'exclusion, Rimouski.
- Klein, J.-L. (2012). Le leadership partagé : une condition pour le développement local *L'État du Québec 2012* (pp. 84-91). Montréal: Institut du Nouveau monde
- Klein, J.-L., & Champagne, C. (Eds.). (2011). *Initiatives locales et lutte contre la pauvreté et l'exclusion*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Klein, J.-L., Champagne, C., Fontan, J. M., Saucier, C., Simard, M., Tremblay, D.-G., & Tremblay, P.-A. (2013). L'économie sociale et solidaire et l'initiative sociale innovatrice. Dans J.-L. Klein & M. Roy (Éds.), *Pour une nouvelle mondialisation: le défi d'innover* (pp. 85-100). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Klein, J.-L., Fontan, J. M., & Tremblay, D.-G. (2011). Les initiatives locales et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Dans J.-L. Klein & C. Champagne (Éds.), *Initiatives locales et lutte contre la pauvreté et l'exclusion* (pp. 13-29). Québec: Les presses de l'université du Québec.

- Korsching, P., F., & Davidson, C. (2013). Community generalizing structure dimensions. In M. A. Brennan, J. C. Bridger, & T. R. Alter (Eds.), *Theory, practice, and community development* (pp. 41-59). Londres: Routledge.
- Labat, T. (2017). Congrès de la confédération mondiale de kinésithérapie à Cape Town : kinésithérapie et auto-prise en charge dans le traitement des troubles musculo-squelettiques. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(190), 25-28.
- Lachapelle, R., Bourque, D., & Foisy, D. (2010). Les apports de l'organisation communautaire en CSSS aux infrastructures communautaires de développement des communautés. *Service social*, 56(1), 1-14.
- Lacoursière, A. (2011, 9 février 2011). Malgré des effectifs records, la pénurie de médecins perdure. Repéré à http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201102/08/01-4368346-malgre-des-effectifs-records-la-penurie-de-medecins-perdure.php?utm_categorieinterne=traffiddrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_B4_manchettes_231_accueil_POS4
- Lamarche, P., Maranda, M.-A., Joubert, P., & De Koninck, M. (2016). Réforme de la santé: un moratoire s'impose (16 juin). Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/473489/m-couillard-pourquoi-cette-mise-a-mal-du-systeme-public>
- Lamontagne, Y. (2007). *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. In B. Gauthier (Ed.), *REcherche sociale: de la problématique à la collecte de donnée* (pp. 311-336). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Latzko-Toth, G. (2009). *L'étude de cas en sociologie des sciences et des techniques*. Repéré à http://www.cirst.ugam.ca/Portals/0/docs/note_rech/2009-03.pdf
- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice - Power & empowerment*. Londres: SAGE publications.
- Lavoie, J., & Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire* (3 éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Le Bodo, Y., Blouin, C., Dumas, N., De Wals, P., & Laguë, J. (2016). *Comment faire mieux ? - L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121_comment_faire_mieux.pdf
- Le Bossé, Y. (1996). Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 127-145.
- Le Bossé, Y. (2003). De l' "habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 196(2), 30-51.
- Leblanc, P., Jean, B., Lafontaine, D., & Marceau, R. (2007). *Recherche évaluative sur le dispositif des pactes ruraux et ses retombées*. Repéré à http://www.frgsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_LeblancP_rapport+1_pactes+ruraux/10fc0454-a9d2-41a0-a478-ed3478655922
- Lee, B. (2011). *Pragmatics of community organization* (4ème ed.). Toronto: CommonAct Press.
- Letarte, G., & Fréchette, L. (2009). *L'investissement en développement social dans les municipalités Québécoises après les fusions municipales. Étude de l'évolution des dépenses municipales dans les champs du loisir, de la culture et du logement social*.
- Lévesque, B. (2005). *Innovations et transformations sociales dans le développement économique et le développement social : approches théoriques et politiques publiques* (ET0507). Repéré à https://crises.uqam.ca/upload/files/publications/etudes-theoriques/CRISES_ET0507.pdf
- Lévesque, J.-F. (2006). *Glossaire de termes courants dans le domaine des soins et services*. Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé Publique de Montréal. Montréal. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions/?type=500&thirdlevelid=71
- Lévesque, J.-F., Roberge, D., & Pineault, R. (2007). La première ligne de soins: un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Éds.), *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 63-78). Montréal: Gaëtan Morin.

- Lévesque, L. (2009, 26 novembre 2009). Plus de médecin et beaucoup de disparité entre les régions. Repéré à <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200911/26/01-925506-plus-de-medecins-et-beaucoup-de-disparites-entre-les-regions.php>
- Levy, C. (2012). Historique du développement et de la gouvernance locale. In G. Tremblay & P. F. Vieira (Eds.), *Le rôle de l'Université dans le développement local - expériences brésiliennes et québécoises* (pp. 63-92). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The Process of Empowerment: Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-22.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford, CA: Stanford university press.
- Lukes, S. (2005). *Power: a radical view* (2e ed.). New York: Palgrave-MacMillan.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaetan Morin éditeur.
- Mayer, R., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, & D. Turcotte (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-133). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Meagher, K. (2014). Disempowerment from Below: Informal Enterprise Networks and the Limits of Political Voice in Nigeria. *Oxford Development Studies*, 42(3), 419-438.
- Mellos, K. (2009). Une science objective? In B. Gauthier (Ed.), *La recherche sociale: de la problématique à la collecte de donnée*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mendell, M. (2005). *Empowerment: What's in a Word? Reflections on Empowerment in Canada with Particular emphasis on Quebec*. Repéré à <http://www.aruc-es.ugam.ca/Portals/0/cahiers/C-20-2005.pdf>
- Mendell, M. (2006). L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités. *Géographie, Économie, Société*, 8(1), 63-85.
- Mercier, C., St-Germain, L., & Bourque, D. (2009). *Participation citoyenne et développement des communautés au Québec : enjeux, défis et conditions d'actualisation*. Retrieved from

- Méthot, D. (2010a, 18 avril 2010). Favoriser la relève dans les cabinets d'omnipraticiens. Repéré à <http://www.lactualite.com/sante/favoriser-la-releve-dans-les-cabinets-domnipraticiens>
- Méthot, D. (2010b, 18 avril 2010). Médecine familiale: pourquoi les jeunes médecins hésitent-ils? Repéré à <http://www.lactualite.com/sante/medecine-familliale-pourquoi-les-jeunes-medecinshesitent-ils>
- Méthot, D. (2013, 13 février 2013). Le ministre Hébert blâme sévèrement certains GMF et les menace de perte de contrat. *Revue de presse*. Repéré à <http://www.agisq-quebec.ca/revue-de-presse/249-le-ministre-hebert-blame-severement-certainsgmf-et-les-menace-de-perte-de-contrat>
- Michaud, V. (2006, Octobre). *Lumière sur les coopératives de solidarité! Originalité et potentiel de contribution des coopératives multisociétariat à l'approche des parties prenantes*. Papier présenté à la 22e conférence internationale de recherche coopérative, Dourdan.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Qualitative data analysis*. Londre: SAGE.
- Miller, D. G. (1991). *Why teaching a man to fish is not enough: empowerment as a Development Goal*. Papier présenté à la International Nutrition Network Exchange Convocation, Washington DC. <http://regionalchange.ucdavis.edu/WHY%20TEACHING%20A%20MAN%20TO%20FISH.pdf>
- Minar, D. W., & Greer, S. A. (1968). *The concept of community: Readings with interpretations*. Chicago: Aldine.
- ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2002). *Énoncé de politique : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Québec Retrieved from http://www.mess.gouv.qc.ca/telecharger.asp?fichier=/publications/pdf/GD_Enonce-de-politique.pdf.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes services et les programmes-soutien*.

- ministère de la Santé et des services sociaux. (2006). Médecin omnipratricien. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/medregion.nsf/2c8fcea3a329dbc85256d03006d3d34/d86ac4107d9b058385256dd6005d8fd1?OpenDocument>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *En bref - Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012a). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec: gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf>.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012b). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2013-2014*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-823-01W.pdf>.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a, 10 avril). Établissements de santé et de services sociaux. *Organisation des services*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b, 10 avril). Responsabilités de gouvernance. *Système de santé et de services sociaux en bref*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/responsabilites-de-gouvernance>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015, 5 août 2015). Système de santé et de services sociaux en bref - Gouvernance et organisations des services. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/roles-et-responsabilites>
- ministère de la santé et des services sociaux. (2016a). Exercer la médecine au Québec. *Recrutement santé Québec*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?exercer-au-quebec>

- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). *Fiche explicative: Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille*. (16-920-07W). Québec: gouvernement du Québec Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-07W/Fiche_explicative_transition.pdf.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016c). *Glossaire: Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-113-01W.pdf>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016d). *Partenaires du système*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/autres-partenaires.php>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016e). *Politique* Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux *gouvernementale de prévention en santé*. Québec: Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2699226>.
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016f, 23 novembre). *Réorganisation du réseau*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Groupes de médecine de famille (GMF) et super-cliniques (GMF-Réseau)*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Plan régionaux d'effectifs médicaux (PREM)*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/>
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). *Trouver une ressource. Portail santé mieux-être*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/>
- ministère des Affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2001). *Politique nationale de la ruralité 2001-2006*.
- ministère des Affaires municipales des régions et de l'Occupation du territoire. (2006a). *Indice de développement - Chaudière-Appalaches*. Repéré à <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regional-et-rural/indice-de-developpement/>

ministère des Affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2006b).
Politique nationale de la ruralité: une force pour tout le Québec.

ministère des Affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2006c).
Politique nationale de ruralité: une force pour tout le Québec - Sommaire. Québec:
Gouvernement du Québec. Repéré à [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/
publications/regions/ruralite/ruralite_sommaire.pdf](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/publications/regions/ruralite/ruralite_sommaire.pdf).

ministère des affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2010, 12
décembre). Pacte rural. Repéré [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-
regional-et-rural/ruralite/pacte-rural/](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regional-et-rural/ruralite/pacte-rural/)

ministère des Affaires Municipales des Régions et de l'Occupation du Territoire. (2013a).
L'organisation municipale et régionale au Québec en 2013. Québec: gouvernement
du Québec. Repéré à [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/
organisation_municipale/organisation_territoriale/organisation_municipale.pdf](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/organisation_municipale/organisation_territoriale/organisation_municipale.pdf).

ministère des Affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2013b).
Répertoire des municipalités. Repéré à [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/
repertoire-des-municipalites/](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/)

ministère des Affaires municipales des régions et de l'occupation du territoire. (2013c).
Répertoire des municipalités - Beauceville. Repéré à [http://www.mamrot.
gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/municipalite/27028](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/municipalite/27028)

ministère des Affaires Municipales des régions et de l'Occupation du Territoire. (2013d).
Répertoire des municipalités - St-Joseph-de-Beauce. Repéré à [http://
www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/municipalite/27043/](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/municipalite/27043/)

ministère des Affaires municipales et de l'occupation du territoire. (2014). *L'organisation
municipale et régionale au Québec en 2014*. Québec: Gouvernement du Québec.
Repéré à [https://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/organisation_municipale/
organisation_territoriale/organisation_municipale.pdf](https://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/organisation_municipale/organisation_territoriale/organisation_municipale.pdf).

ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du Territoire. (2016). *Nos territoires:
y habiter et en vivre - Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des
territoires 2011-2016*. Québec: gouvernement du Québec. Repéré à [http://www.mamrot.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/occupation_territoire/stra
tegie_occupation.pdf](http://www.mamrot.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/occupation_territoire/strategie_occupation.pdf).

- ministère du Développement économique de l'innovation et de l'exportation. (2013). *Répertoire des coopératives*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.economie.gouv.qc.ca/fr/objectifs/informer/cooperatives/page/repertoires-9757/?tx_igaffichagepages_pi1%5Bmode%5D=single&tx_igaffichagepages_pi1%5BbackPid%5D=68&tx_igaffichagepages_pi1%5BcurrentCat%5D=&cHash=907e7fe9e0bffb535699611cc3b25758.
- Mohamad, N. A., Abu Talib, N. B., Bin Ahmad, M. F., Mad Shah, I. B., Leong, F. A., & Shakil Ahmad, M. (2012). Role of community capacity building construct in community development. *International Journal of Academic Research*, 4(1), 172-176.
- Morazain, J. (2007). Les coopératives de santé. *Espace Santé*, 2(2), 4.
- Morisset, J., & Massé, R. (2008). Enjeux et défis en santé publique. *Santé, société et solidarité*, 83-90.
- Moulaert, F., & Nussbaumer, J. (2008). *La logique sociale du développement territorial*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- MRC Robert-Cliche. (2008). *Chez-nous, le mieux-être des familles, on s'en occupe! Politique familiale*. Beauceville: MRC Robert-Cliche. Repéré à <http://www.beaucerc.com/upload/beaucerc/editor/asset/PolitiquefamilialeRCRobert-Cliche.pdf>.
- MRC Robert-Cliche. (2010). *Guide Administratif de la MRC Robert-Cliche*. Beauceville: MRC Robert-Cliche. Repéré à <http://www.beaucerc.com/upload/beaucerc/editor/asset/GUIDE%20ADMINISTRATIF%202010.pdf>.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Ninacs, W. A. (2000). *Le mouvement communautaire, le développement local et l'action sur l'état de santé de la population*. Repéré à: www.lacle.coop/docs/DGPPS_000229.doc
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention - développement de la capacité d'agir et la solidarité*. Québec: Presses de l'Université Laval.

- Ninacs, W. A. (2013). *Webinaire : L'empowerment des communautés et développement intégré : Exemple de la lutte contre la pauvreté*. Communagir; Coopérative la Clée. Victoriaville. Repéré à http://www.communagir.org/system/wp-content/uploads/2013/10/CI%c3%a9-Communagir-Webinaire-131009-vfr_finale.pdf
- O'Boyle. (2001). Quality of life: Assessment in Health setting. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 12628-12631). Palo Alto & Berlin: Elsevier Science.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Infirmière praticienne spécialisée. Pratique infirmière*. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee>
- Organisation des Nations Unies. (2010). Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 3. Retrieved from Portail du système de l'ONU sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Repéré à <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal3.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire. Repéré http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). Promotion de la santé - Charte d'Ottawa. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (1997, 7 décembre 2010). Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. Repéré à http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé Organisation mondiale de la santé* Genève. Genève: OMS Retrieved from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003, 2 juin 2010). La définition de la santé de l'OMS. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Les soins de santé primaires: Maintenant plus que jamais*. Repéré à http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1

- Ouellet, F., & Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques, & D. Turcotte (Éds.), *Méthode de recherche en intervention sociale* (pp. 71-90). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Ouellet, L., & Vallières, M. (1986). *SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, 1944-1984. L'histoire d'un succès collectif*: SSQ.
- Pahl, R. (1996). Friendly Society. Dans S. Kraemer & J. Roberts (Éds.), *The politics of attachment: towards a secure society*. Londre: Free association books.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3 ed.). Paris: Arman Colin.
- Palard, J. (2009). *La Beauce inc. : capital social et capitalisme régional*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., & Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *REvue canadienne de santé publique*, 103(supp. 2), s17-22.
- Paré, I. (2013a). De pénurie de médecins de famille à surplus ? *Le médecin du Québec*, 48(9), 85-87.
- Paré, I. (2013b). *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010 - 2011*. Repéré à <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Pratique-medicale/organisation/profil-de-pratique-2010-2011/profil-de-pratique-medecins-omnipraticiens-2010-2011.pdf>
- Parent, A.-A. (2014a). New public health actors in Quebec, Canada. *Perspectives in Public Health*, 134(5), 249-250.
- Parent, A.-A. (2014b). *Organisateurs communautaires et développement des communautés: Le cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*. (Philosophiae Doctor), Université Laval, Ste-Foy.
- Parisi, D., Gill, D. A., & Harris, D. A. (2003). *Community Capacity and Food Insecurity in the Era of Welfare Reform*. Repéré à http://srdc.msstate.edu/ridge/projects/recipients/01_parsi_final.pdf

- Parlement du Canada. (2014). Historique des circonscriptions depuis 1867 - Beauce. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/About/Parliament/FederalRidingsHistory/hfer.asp?Language=F&Search=Det&Include=Y&rid=36>
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Londre: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579.
- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the Individual: Toward a Nomological Network of Organizational Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129-145.
- Piron, F., Goupil-Sormany, I., & Lévesque, A. (2010). Repères et outils pour comprendre et appuyer la participation des citoyens au système de santé et de services sociaux. Repéré à http://issuu.com/fpiron/docs/rep_res_et_outils
- Plante, L. (2012). Coopératives de santé: la RAMQ accentue ses actions. *Le Nouvelliste*, (7 février). Repéré à: <http://www.cyberpresse.ca/le-nouveliste/sante/201202/07/01-4493324-cooperatives-de-sante-la-ramq-accentue-ses-actions.php>
- Poggi, G. (2006). Power. Dans B. S. Turner (Éd.), *The Cambridge Dictionary of Sociology*, (pp. 464-469). New-York: Cambridge University Press.
- Portal, B. (2016). De l'empowerment anglo-saxon au développement du pouvoir d'agir européen. *Le sociographe*, 55(3), 83-97.
- Proulx, M.-U. (2002). *L'économie des territoires au Québec : aménagement, gestion, développement*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Proulx, M.-U. (2008). Quatre décennies de planification territoriale au Québec. *Le renouveau de la planification territoriale. débats publics, projets urbains et développement durable*.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America. *PS: Political Science & Politics*, 28, 264-283.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1994). *Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Québec. Loi sur les services de santé et de services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2 (1972).

- Québec. Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, (1979).
- Québec. Loi portant réforme de l'organisation territoriale municipale des régions métropolitaines de Montréal, de Québec et de l'Outaouais, L.R.Q., chapitre 56 (2000).
- Québec. Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, (2003).
- Québec. Projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives, (2005b).
- Québec. Loi sur le développement durable, L.R.Q Ch. 1, art. 2 (2006).
- Québec. Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, (2015a).
- Québec. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, (2015b).
- Québec. Loi sur les compétences municipales, (2016b).
- Québec. Loi sur les services de santé et de services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2 (2016c).
- Québec. (2016a). *Accord de partenariat avec les municipalités pour la période 2016-2019*. Québec: gouvernement du Québec Retrieved from http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/grands_dossiers/entente_signee_accord_partenariat_municipalites.pdf.
- Quenneville, A., Clavet, M., & Dubé, F. (2008). L'évolution récente du système de santé et de services sociaux: étapes et enjeux. *Santé, société et solidarité*(2), 53-60.
- Racine, S. (2010). *La mobilisation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à travers des organismes communautaires québécois*. (Philosophiae Doctor), Université de Montréal, Montréal. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/4734/6/Racine_Sonia_2010_th%C3%A8se.pdf

- Racine, S., & Leroux, R. (2006). L'animation de groupe: une pratique à redécouvrir afin de développer le pouvoir d'agir des individus. *Canadian journal of program evaluation*, 23(1), 137-162.
- Ramon, S. (1999). Collective empowerment: conceptual and practice issue. In S. Wess & L. M. Wells (Eds.), *Empowerment practice in social work: Developing richer conceptual foundations* (pp. 38-49). Toronto: Canadian Scholars' Press and Women's Press.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Régie de l'Assurance maladie du Québec. (2011). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur des coopératives de santé - Faits saillants et analyse*. Repéré à http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/documents/depliantcitoyens/rapport_enquete_coop-faits_saillants.pdf
- Régie de l'Assurance maladie du Québec. (2013). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur les coopératives de santé - Faits saillants et analyse*. Repéré à: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappeng-coops-2013-fr.pdf>
- Régie de l'Assurance maladie du Québec. (2014). La Régie. Retrieved from <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/mission.aspx>
- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS, & Lachapelle, R. (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS - Cadre de référence du RQIIAC*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Relais-femme. (2010). *L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agir: Document préparatoire à la journée de réflexion*. Relais-femme. Montréal. Repéré à <http://www.relais-femmes.qc.ca>
- Renaud, L., & Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal: Édition Partage - Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- Réseau québécois de Villes et villages en santé. Liens avec les municipalités. *Santé Publique*. Repéré à <http://www.rqvvs.qc.ca/fr/sante-publique/sante-municipalite>

- Restakis, J., & Lindquist, E. A. (Eds.). (2001). *The Co-op Alternative Civil Society and the Future of Public Services*. Toronto: The Institute of Public Administration of Canada.
- Rich, M. J., & Stoker, R. P. (2010). Rethinking Empowerment: Evidence from Local Empowerment Zone Programs. *Urban Affairs Review*, 45(6), 775-796.
- Rich, R. C., Edelstein, M., Hailman, W. K., & Wandersman, A. H. (1995). Citizen Participation and Empowerment: The Case of Local Environmental Hazards. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 657-676.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., & Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151-164.
- Richer, K. (2007). *Le pouvoir fédéral de dépenser*. (PRB 07-36F). Ottawa: gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/prb0736-f.pdf>.
- Ridde, V., Delormier, T., & Goudreau, G. (2007). Evaluation of empowerment and effectiveness - Universal concepts? In D. Mc Queen & C. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 385-399). New York: Springer.
- Riger, S. (1993). What's Wrong with Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 279-290.
- Rioux-Soucy, L.-M. (2011, 16 et 17 avril). Les démons des coopératives de santé. *Le devoir*, p. B2.
- Rompré, M. (2004). *Développement coopératif en santé - Situation et perspective*. Retrieved from Québec; Ottawa:
- Roos, N., O'Grady, K., Boriskewich, E., Meloche-Holubowski, M., Shimmin, C., Wittmeir, K., & Armstrong, N. (Eds.). (2016). *Why we need more canadian health policy in media?* Winnipeg: EvidenceNetwork.ca.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton (É-U): Princeton University Press.
- Rose, N., & Miller, P. (2010). Political power beyond the State: problematics of government. *The British Journal of Sociology*, 61, 271-303.

- Ross, D. (1987). *From the Roots Up: Economic Development as if Community Mattered*. Toronto: James Lorimer & Company Limited.
- Rothman, J. (1995). Approaches to community intervention. Dans F. Cox, J. Erlich, J. Rothman, & J. Tropman (Éds.), *Strategies of community intervention* (pp. 3-63). Itasca: P.E Peacock Publisher inc.
- Rothman, J. (2001). Introduction. Dans J. Rothman, J. Erlich, & J. Tropman (Éds.), *Strategies of community intervention* (6 ed., pp. 3-26). Itasca: Peacock publishers.
- Rothman, J., Erlich, J., & Tropman, J. E. (Éds.). (2001). *Strategies of community intervention* (6 ed.): F.E Peacock.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment: Working with women in Honduras*. Oxford: Oxfam.
- Roy, M., & Cossette Civitella, A. (2015). Les 8 clés pour comprendre la réforme de la santé du gouvernement Couillard. Repéré à <http://www.lactualite.com/politique/les-8-cles-pour-comprendre-la-reforme-de-la-sante-du-gouvernement-couillard/>
- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (5 ed., pp. 200-228). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Royer, C. (2007). Peut-on fixer une typologie des méthodes qualitatives? *Recherches qualitatives, Hors série*(5), 82-98.
- Rui, S. (2011). Pouvoir. Dans S. Paugam (Ed.), *Les 100 mots de la sociologie* (pp. 85-86). Paris: Presses universitaires de France
- Sadan, E., & Churchman, A. (1997). Process-focused and product-focused community planning: Two variations of empowering professional practice. *Community Development Journal*, 32(1), 3-16.
- Saffache, P. (2005). *Glossaire de l'aménagement et du développement local*. Matury: Ibis rouge.
- Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand oaks: SAGE.

- Salois, R. (2010, 28 avril). *La performance des services de santé de première ligne au Québec*. Paper presented at the 2e Colloque provincial sur les coopératives de santé, Québec.
- Santé Canada. (2003, 24 janvier 2011). Pourquoi les canadiens sont-ils en santé ou pas? Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#healthservices>
- Santé Canada. (2016). *Santé Canada et l'Agence de Santé publique du Canada: lignes directrices sur la participation du public*. Ottawa: gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H14-153-2016-fra.pdf.
- Savard, S., & Proulx, J. (2012). Les organismes communautaires au Québec : De la coexistence à la suppléantarité. *Revue canadienne de recherche sur les OBSL et l'économie sociale*, 3(2), 24-42.
- Savoie-Zajc, L. (2006). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (pp. 293-316). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008). Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options. *Political Research Quarterly*, 61(2), 294-308.
- Sen, A. (2001). *Developement as freedom*. Oxford, New York: Oxford University press.
- Sériès, M. (2012). *Favoriser la participation en assemblée générale en répondant aux besoins des membres*. (Maîtrise en travail social), Université de Montréal, Montréal. Repéré à <http://www.archipel.ugam.ca/4955/1/M12461.pdf>
- Shankand, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 65-76.
- Simard, M. (2005). *Les services de proximité en région rurale: une synthèse des connaissances*.
- Simard, P., & Richardson, M. (2014). *Les effets de la politique nationale de la ruralité du Québec sur la santé des ruraux et des communautés*. Repéré à http://www.frgsc.gouv.gc.ca/documents/11326/449012/PT_SimardP_rapport_ruralite.pdf/2ff54c69-1609-4cb1-811d-692893bf97ef

- Singh, J. (2006). Employee Disempowerment In a Small Firm (SME): Implications for Organizational Social Capital. *Organization Development Journal*, 24(1), 76-86.
- Sjoberg, G. (Ed.) (1965) Dictionnaire of sociology. Londre: Tavistock.
- Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A., & Spence Laschinger, H. K. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1004-1015.
- Société Radio-Canada. (2014, 10 mars). La santé et l'économie, les priorités des Québécois. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/sujet/elections-quebec-2014/2014/03/10/007-sondage-crop-election-enjeux.shtml>
- Solidarité rurale du Québec. (2012). *Guide du passage à la proximité des services en milieu rural*. Repéré à http://www.ruralite.qc.ca/fichiers/guides/Guide_sur_la_proximite_des_services_310512_2.pdf
- Sommerville, P. (2011). *Understanding Community*. Bristol: Policy Press.
- Speer, P. W., & Hughey, J. (1995). Community Organizing: An Ecological Route to Empowerment and Power. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 729-748.
- St-Pierre, M., Legeault-Mercier, S., Grégoire, L., & Côté, L. (2010). *La responsabilité populationnelle chez les médecins de cabinet privé en lien avec les CSSSS: enjeux et impacts sur la première ligne*. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=823>
- Stake, R. E. (1995). *The art of Case study design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201 - 218.
- Stecq, H. (2014). *La mobilisation des réseaux d'acteurs et le développement régional : Le cas de la stratégie migration au Saguenay –Lac-Saint-Jean (Québec)*. (Doctorat en développement régional), Université du Québec à Chicoutimi et Université du Québec à Rimouski, Chicoutimi.

- Sussman, M. B. (Ed.) (1959). *Community structure and analysis*. New-York: Thomas Y. Crowell.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. In A. G. William & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 94–109). Monterey: Brooks-Cole.
- Thibault, A. (2007). La participation publique et la gouvernance du système de santé et de services sociaux. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 417-429). Montréal: Gaëtan Morin.
- Thomas, D. (2011). From Community to Collective: Institution and Agency in the Age of Social Networks, 1-6.
- Tiedemann, M. (2008). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*. (2008-58-F). Ottawa: gouvernement du Canada. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0858-f.pdf>.
- Tönnies, F. (2001). *Tönnies: Community Civil Society. Cambridge Texts in the History of Political Thought*: Cambridge University Press.
- Townsend, N. W., & Hansen, K. V. (2001). Community, expression of. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 2355-2359). Palo Alto & Berlin: Elsevier science.
- Traverso-Yeppez, M., Maddalena, V., Bavington, W., & Donovan, C. (2012). Community Capacity Building for Health. *A Critical Look at the Practical Implications of This Approach*, 2(2). doi:10.1177/2158244012446996
- Tremblay, A.-A., Indatou, H. S. K., & Zuluaga, M. C. (2007). *La bonne gouvernance dans les coopératives de solidarité*. (Maîtrise en gestion du développement des coopératives et des collectivités), Université de Sherbrooke, Sherbrooke. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/irecus/fileadmin/sites/irecus/documents/essais/tremblay_indatou_zuluaga_essai.pdf
- Tremblay, D.-G. (2009). *Initiatives locales et développement socioterritorial*. Québec: TÉLUQ & Presses de l'Université du Québec.

- Tremblay, P.-A., & Fournis, Y. (2016). L'innovation communautaire en lieu et place du mouvement social. Dans J.-L. Klein, A. Camus, C. Jetté, C. Champagne, & M. Roy (Éds.), *La transformation sociale par l'innovation sociale* (pp. 195-220). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, S. (1999). *Du concept de développement au concept de l'après développement : trajectoire et repères théoriques*. Repéré à <http://constellation.uqac.ca/2029/1/12056864T1.pdf>
- Trepanier, J. (2016, 13 janvier). La MRC Robert-Cliche s'entend pour 4 ans avec son CLD. *En beauce.com*. Repéré à <http://www.enbeauce.com/actualites/politique/283291/la-mrc-robert-cliche-sentend-pour-4-ans-avec-son-cld>
- Trudel, L., Simard, C., & Vornax, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives, Hors série*(5), 38-45.
- Turgeon, J. (2003). Avancez en arrière, s'il vous plaît! La nouvelle réalité des régions sanitaires au Québec. Dans J. Crête (Éd.), *La science politique au Québec. Le dernier des maîtres fondateurs, hommage à Vincent Lemieux* (pp. 199-215). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Turner, J. C., Hogg, M., Oakes, P., Reicher, S., & Wetherell, M. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Vachon, B. (1993). *Le développement local : théorie et pratique. Réintroduire l'humain dans la logique de développement*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Vachon, B., & Coallier, F. (1993). *Le développement local : théorie et pratique. Réintroduire l'humain dans la logique de développement*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Vaillancourt, Y. (2017). *Marges de manœuvre des acteurs locaux de développement social en contexte d'austérité*. Repéré à http://crises.ugam.ca/upload/files/publications/etudes-theoriques/CRISES_ET1701.pdf
- Vaillancourt, Y., & Armstrong, P. (2002, Novembre). *La politique sociale comme déterminant de la santé : la contribution de l'économie sociale*. Paper presented at the Conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto.

- Vaillancourt, Y., & Favreau, L. (2001). Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire. *Revue internationale de l'économie sociale*(281), 69-83.
- Vaillancourt, Y., & Jetté, C. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé. Rôle de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel, Cahiers du LAREPPS no 97-05*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Vaillancourt, Y., & Lévesque, B. (1996). Économie sociale et reconfiguration de l'État-providence. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 1-13.
- Veillette, G. (2012). Saint-Boniface pige deux médecins à Sainte-Thècle. *Le Nouvelliste*, (30 janvier). Repéré <http://www.cyberpresse.ca/le-nouvelliste/sante/201201/30/01-4490842-saint-boniface-pige-deux-medecins-a-sainte-thecle.php>
- Veltmeyer, H. (Ed.) (2015). *Des outils pour le changement: Une approche critique en études du développement*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Retrieved from Copenhagen: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Warren, R. L. (1963). *The community in America*. Chicago: Rand-Mc Nally & Co.
- Weber, M. (1971). *Économie et société - Les catégories de la sociologie - Tome 1*. Paris: Plon.
- Wilkinson, K. P. (1970). The Community As a Social Field. *Social Forces*, 48(3), 311-322.
- Wilkinson, K. P. (1991). *The community in rural america*. Westport: Greenword.
- Williams, R. (1989). *Resources for hope: Culture, democracy, socialism*. Londre: Verso.
- Wolff, T. (1987). Community psychology and empowerment: An activist's insight. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 151-166.
- Wright, S. (Ed.) (1994). *Anthropology of organisations*. Londre: Routledge.
- Tilly, C. (1973). Do communities act? *Sociological inquiry*, 43(3-4), 209-238.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (4 ed.): Sage Publications.

- Zimmerman, M. A. (1990a). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology, Vol. 18, No. 1, 1990, 18(1)*, 169-177.
- Zimmerman, M. A. (1990b). Toward a Theory of Learned Hopefulness: A Structural Model Analysis of Participation and Empowerment. *Journal of research in personality, 24*, 71-86.
- Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology, 16*, 725-750.

ANNEXE A

GUIDES D'ENTREVUE

CODE : _____

Guide d'entrevue – consommateur

Tout d'abord, je tiens à vous remercier à nouveau de bien vouloir participer à cette étude. Les informations que vous allez nous transmettre durant cette entrevue permettront de mieux comprendre comment le processus d'empowerment se construit et se maintient dans les communautés du Québec qui font preuve d'innovation, telles la vôtre et toutes celles qui ont mis sur pied leur propre coopérative de santé.

Le déroulement de l'entrevue sera le suivant : nous allons d'abord aborder le **1)** thème des enjeux qui ont conduit à la mise sur pied de la coopérative de santé. Ensuite, nous allons aborder le **2)** thème de l'implication et de la participation des citoyens de votre communauté au sein du projet de coopérative. En troisième partie, nous allons nous attarder sur **3)** les éléments (compétences, dispositifs, etc.) que votre communauté a dû renforcer ou mettre en place afin de soutenir la naissance de la coopérative de santé. Enfin, je veux avoir votre point de vue sur la **4)** la « plus value » de la coopérative de santé dans la vie et le développement de la communauté.

Répondez toujours au meilleur de vos connaissances. Ceci est une entrevue de recherche et non pas un examen. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est votre réalité qui m'intéresse. Je vous rappelle que je vais enregistrer cette entrevue, afin de faciliter l'analyse des informations que vous allez me transmettre. Aussi, sachez que vous pouvez vous retirer du processus de la recherche en tout temps, sans que cela vous porte préjudice.

Avez-vous des questions? Pouvons-nous commencer?

Partie 1 – Enjeux soutenant le développement de la coopérative de santé

1.1 En quelques mots, décrivez-moi votre communauté avant la mise sur pied de la coopérative de santé

- principaux atouts
- principales difficultés

1.2 Parlez-moi des besoins de votre communauté à cette époque...

- Comment ce besoin/problème vous touchait dans la vie de tous les jours
- la communauté dans son ensemble, comment était-elle touchée
- Quel est celui qui est le plus directement relié au désir de mettre sur pied la coop santé

1.3 Qu'est-ce qui a fait le "déclat" et qui a lancé la communauté dans le projet de coop santé?

- Qui a eu l'idée
- Qui était le leader

Partie 2– La participation et l'implication citoyenne

2.2 Quand et comment avez-vous été informé de ce projet de coopérative de santé?

2.3 Quelle a été votre perception face au projet au départ?

- Est-ce que cette perception a évolué dans le temps?

2.4 Comment vous avez été invité à vous impliquer dans le projet de coopérative?

- Moyen de communiquer avec vous
- Type d'implication offert
- Description de l'implication réalisée
- Qu'avez-vous retiré (appris) de votre expérience
- Désir de vous impliquer plus activement à l'avenir?
- Satisfait du processus global?

2.5 Avez-vous eu connaissance d'un mouvement d'opposition face au projet de coopérative de santé?

- **Si oui**, comment la situation a été gérée?
- **Si non**, peut-on parler de consensus?

2.6 De manière globale, croyez-vous que l'implication et la participation de la population ont été favorisées de façon suffisante dans le projet de coopérative de santé?

2.7 Aujourd'hui, comment les membres peuvent s'impliquer dans les activités et décisions relatives à la coopérative de santé?

Partie 3– Dispositifs structurants à renforcer ou développer

3.1 Croyez-vous que la communauté dans son ensemble avait les compétences pour mener à bien le projet?

- Ressources ou compétences les plus utiles?
- Manque de ressources ou compétences?

3.2 À votre avis, est-ce que les porteurs de projet ont été suffisamment transparents tout au long du processus de mise en place de la coop santé?

- Circulation de l'information satisfaisante?

3.3 Parlez-moi du sentiment d'appartenance à la communauté, a-t-il évolué dans le temps depuis le début du projet de coop santé?

- Conscience citoyenne

Partie 4 – Place de la coopérative dans le développement de la communauté

4.1 Selon vous, quelle place occupe la coopérative de santé dans le bien-être et le développement de la communauté?

4.2 À votre connaissance, est-ce que le projet de coopérative de santé a inspiré d'autres projets similaires dans la communauté?

4.3 Peut-on dire que votre communauté a (re)pris le contrôle sur son développement, selon ses propres choix et besoins?

4.4 J'aurais terminé avec mes questions. Avez-vous des éléments que vous aimeriez aborder?

L'entrevue est terminée. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos précieuses informations

CODE : _____

Guide d'entrevue – Élus

Tout d'abord, je tiens à vous remercier à nouveau de bien vouloir participer à cette étude. Les informations que vous allez nous transmettre durant cette entrevue permettront de mieux comprendre comment le processus d'empowerment se construit et se maintient dans les communautés du Québec qui font preuve d'innovation, telles la vôtre et toutes celles qui ont mis sur pied leur propre coopérative de santé.

Le déroulement de l'entrevue sera le suivant : Nous allons d'abord aborder le **1)** thème des enjeux socio-économiques qui ont conduit à la mise sur pied de la coopérative de santé. Ensuite, nous allons aborder le **2)** thème de l'implication et de la participation des citoyens de votre communauté au sein du projet de coopérative. En troisième partie, nous allons nous attarder sur **3)** les éléments (compétences, dispositifs, etc.) que votre communauté a dû renforcer ou mettre en place afin de soutenir la naissance de la coopérative de santé. Enfin, je veux avoir votre point de vue sur la **4)** la « plus value » de la coopérative de santé dans la vie et le développement de la communauté.

Répondez toujours au meilleur de vos connaissances. Ceci est une entrevue de recherche et non pas un examen. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est votre réalité qui m'intéresse. Je vous rappelle que je vais enregistrer cette entrevue, afin de faciliter l'analyse des informations que vous allez me transmettre. Aussi, sachez que vous pouvez vous retirer du processus de la recherche en tout temps, sans que cela vous porte préjudice.

Avez-vous des questions? Pouvons-nous commencer?

Partie 1 – Enjeux soutenant le développement de la coopérative de santé

1.1 De manière globale, parlez-moi de votre communauté avant la mise sur pied de la CS, c'est-à-dire, au début 2007

- Forces et faiblesses
- Capacité de se développer selon ses propres choix et besoins
- Implication des citoyens dans les affaires courantes de la communauté
- Sentiment d'appartenance envers la communauté

1.2 Parlez-moi plus spécifiquement du problème/besoin à l'origine de la coop santé

- Quel était ce besoin/problème
- Comment a-t-il été identifié?
 - Sans les consultations pour le Pacte rural, aurait-il été découvert?
- Comment était-il ressenti par les citoyens?
- Quelles sont les répercussions concrètes sur la communauté?
- Degré d'importance du problème : tolérable, préoccupant, critique, etc.

1.3 Un mandat a été donné à un agent du CLD afin de travailler sur le dossier. Parlez-moi de cette première phase :

- Comment (et par qui) s'est donné le mandat au porteur de projet
- Création d'une équipe de travail (porteurs de projet)?
- Solutions répertoriées (démarche de recension des modèles d'organisation)
 - Qu'est-ce qui a fait pencher la balance vers la solution « coopérative de santé »
 - Cette solution a été entérinée comment et par qui?
- Comment s'est-on assuré de l'acceptabilité du projet au sein de la communauté
 - Indicateurs
 - Façon d'obtenir cette acceptabilité
- Qu'est-ce qui était le plus important : processus ou résultat?
- La question de l'imputabilité du porteur de projet
- Difficultés rencontrées
- Facteurs facilitants

Partie 2 – La participation et l'implication citoyenne

2.1 Parlez-moi de la façon dont [votre palier gouvernemental] a été impliqué dans le projet?

- Quand et comment
- Rôle dans le processus
- Leadership assumé par?
- Conflits ou intérêts divergents?
- Moyens de communication
- Satisfaction face au déroulement

2.2 À votre connaissance, de quelle manière les citoyens ont pu s'impliquer dans le processus?

- Type de participation : information, consultation, implication concrète, etc.
- Dispositifs qui ont soutenu l'implication (ex : forum de discussion, assemblée, etc.)
- Intégration des exclus sociaux (personnes âgées, avec incapacité, monoparentaux, situation de pauvreté, etc.)
- Rôle de [votre palier gouvernemental] pour faciliter l'implication/participation des citoyens

2.3 Avez-vous eu connaissance d'un mouvement d'opposition face au projet de coopérative de santé?

- **Si oui,**
 - Qui a été impliqué?
 - Qu'est-ce qui s'est passé?
 - Comment avez-vous réagi (tentative de médiation, rapprochement, négociation)
- **Sinon,**
 - Vous êtes-vous assuré d'obtenir l'appui du plus grand nombre
 - Peut-on parler d'un consensus au sein de la population?
 - Si oui, comment pouvoir l'affirmer?

2.4 Croyez-vous que l'implication et la participation de la population dans le projet de coopérative ont été suffisantes? Pourquoi?

- Amélioration à apporter pour une prochaine fois?

Partie 3 – Facteurs structurants à renforcer ou à développer

3.1 Croyez-vous que les promoteurs du projet de coopérative avaient une bonne connaissance du milieu en regard des forces et ressources de la communauté?

- **Si oui**, à quoi attribuez-vous cette bonne connaissance
- **Si non**, est-ce que cela a eu un impact sur la suite des travaux? Est-ce que quelque chose a été tenté afin de combler cette lacune?

3.2 [Votre palier gouvernemental] a-t-il joué un rôle afin de favoriser le maillage et les contacts entre les différents ressources et acteurs en jeu dans le projet de coopérative?

- **Si oui**, pouvez-vous me donner un exemple
- **Sinon**, pourquoi?

3.3 Comment se sont gérés les conflits ou divergences entre les différents intérêts en jeu dans le dossier de la coopérative de santé?

3.4 À votre connaissance, est-ce que des dispositifs particuliers (table de concertation, réunion mensuelle, site Internet, etc.) ont été mis sur pied pour faciliter la communication avec vous, avec les différents partenaires du projet et avec la communauté globale?

3.5 Selon vous, est-ce votre communauté avait toute les compétences ou ressources en main afin de mener à terme le projet de coopérative de santé?

- **Si oui**, quels ont été, les compétences/ressources les plus utiles pour mener à bien le projet
- **Si non**
 - Quels étaient ces « manques »
 - Qu'est-ce qui a été fait pour les combler?

3.6 Qu'en est-il du sentiment d'appartenance à la communauté tout au long du projet?

3.7 Peut-on parler du développement d'une conscience citoyenne, c'est-à-dire le « devoir » d'agir pour le bien-être collectif tout au long du processus?

Partie 4 – « Plus-value » de la coopérative de santé

4.5 Quelle place occupe la coopérative de santé dans le bien-être et le développement de la communauté?

4.6 À votre connaissance, est-ce que le projet de coopérative de santé a inspiré d'autres projets similaires dans la communauté?

4.7 Peut-on dire que la communauté a (re)pris en main son développement, selon ses propres choix et besoin

4.8 J'aurais terminé avec mes questions. Avez-vous des éléments que vous aimeriez aborder?

L'entrevue est terminée. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos précieuses informations

CODE : _____

Guide d'entrevue – producteur

Tout d'abord, je tiens à vous remercier à nouveau de bien vouloir participer à cette étude. Les informations que vous allez nous transmettre durant cette entrevue permettront de mieux comprendre comment le processus d'empowerment se construit et se maintient dans les communautés du Québec qui font preuve d'innovation, telles la vôtre et toutes celles qui ont mis sur pied leur propre coopérative de santé.

Le déroulement de l'entrevue sera le suivant : nous allons d'abord aborder le **1)** thème des enjeux qui ont conduit à la mise sur pied de la coopérative de santé. Ensuite, nous allons aborder le **2)** thème de l'implication et de la participation des citoyens de votre communauté au sein du projet de coopérative. En troisième partie, nous allons nous attarder sur **3)** les éléments (compétences, dispositifs, etc.) que votre communauté a dû renforcer ou mettre en place afin de soutenir la naissance de la coopérative de santé. Enfin, je veux avoir votre point de vue sur la **4)** la « plus value » de la coopérative de santé dans la vie et le développement de la communauté.

Répondez toujours au meilleur de vos connaissances. Ceci est une entrevue de recherche et non pas un examen. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est votre réalité qui m'intéresse. Je vous rappelle que je vais enregistrer cette entrevue, afin de faciliter l'analyse des informations que vous allez me transmettre. Aussi, sachez que vous pouvez vous retirer du processus de la recherche en tout temps, sans que cela vous porte préjudice.

Avez-vous des questions? Pouvons-nous commencer?

Partie 1 – Enjeux soutenant le développement de la coopérative de santé

1.4 Parlez-moi du problème/besoin à l'origine de la coop santé

- Description du problème
- Éléments qui entretenaient ce problème
- Impacts sur la communauté/citoyens

1.5 Selon votre compréhension du problème, quel était le « degré » de pouvoir que la communauté avait sur ce problème et surtout, sur sa capacité à le « régler ».

Partie 2 – La participation et l'implication citoyenne

2.1 Selon vous quel est l'intérêt de favoriser la participation et l'implication des citoyens dans les projets semblables à celui de la coopérative de santé

- Pour l'organisation
- Pour les citoyens même
- Formes de participation à privilégier
- Préoccupation de l'intégration à l'égard des personnes exclues
- Les limites de la participation et l'implication citoyenne

2.2 Et aujourd'hui. Qu'en est-il de la participation des citoyens de la communauté dans la vie de la coopérative? Est-elle suffisante?

- Si non, quoi faire pour l'améliorer?

Partie 3 – Facteurs structurants à renforcer ou développer

3.6 Selon vous, parmi les forces, ressources ou compétences de la communauté, qu'est-ce qui a le plus aidé dans le succès de projet de coop santé?

3.7 Au contraire, qu'est-ce qui a pu freiner - ou freine encore aujourd'hui les efforts de la coop santé dans l'atteinte des objectifs fixés?

3.8 Percevez-vous dans la communauté un sentiment d'appartenance ou de conscience citoyenne (sentiment de devoir « agir » en lien avec la coop santé)?

Partie 4 – « Plus-value » de la coopérative de santé

4.9 Selon vous, quelle place occupe la coopérative de santé dans le bien-être et le développement de la communauté?

4.10 À votre connaissance, est-ce que le projet de coopérative de santé a inspiré d'autres projets similaires dans la communauté?

4.11 Peut-on dire que votre communauté a (re)pris le contrôle sur son développement, selon ses propres choix et besoins?

4.12 J'aurais terminé avec mes questions. Avez-vous des éléments que vous aimeriez aborder?

L'entrevue est terminée. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos précieuses informations

Guide d'entrevue – membre soutien

Tout d'abord, je tiens à vous remercier à nouveau de bien vouloir participer à cette étude. Les informations que vous allez nous transmettre durant cette entrevue permettront de mieux comprendre comment le processus d'empowerment se construit et se maintient dans les communautés du Québec qui font preuve d'innovation, telles la vôtre et toutes celles qui ont mis sur pied leur propre coopérative de santé.

Le déroulement de l'entrevue sera le suivant : nous allons d'abord aborder le **1)** thème des enjeux socio-économiques qui ont conduit à la mise sur pied de la coopérative de santé. Ensuite, nous allons aborder le **2)** thème de l'implication et de la participation des citoyens de votre communauté au sein du projet de coopérative. En troisième partie, nous allons nous attarder sur **3)** les éléments (compétences, dispositifs, etc.) que votre communauté a dû renforcer ou mettre en place afin de soutenir la naissance de la coopérative de santé. Enfin, je veux avoir votre point de vue sur la **4)** la « plus value » de la coopérative de santé dans la vie et le développement de la communauté.

Répondez toujours au meilleur de vos connaissances. Ceci est une entrevue de recherche et non pas un examen. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. C'est votre réalité qui m'intéresse. Je vous rappelle que je vais enregistrer cette entrevue, afin de faciliter l'analyse des informations que vous allez me transmettre. Aussi, sachez que vous pouvez vous retirer du processus de la recherche en tout temps, sans que cela vous porte préjudice.

Avez-vous des questions? Pouvons-nous commencer?

Partie 1 – Enjeux soutenant le développement de la coopérative de santé

1.6 De manière générale, parlez-moi de votre communauté avant la mise sur pied de la coop santé, c'est-à-dire, au début 2007

- Forces et faiblesses
- Capacité de se développer selon ses propres choix et besoins
- Implication des citoyens dans les affaires courantes de la communauté
- Sentiment d'appartenance envers la communauté

1.7 Parlez-moi plus spécifiquement du problème/besoin à l'origine de la coop santé

- Quel était ce besoin/problème
- Comment a-t-il été identifié?
- Quelles sont les répercussions concrètes sur la communauté?
- Comment votre organisation/entreprise était touchée par cette situation?
- Degré d'importance du problème : tolérable, préoccupant, critique, etc.

1.8 Selon votre compréhension du problème, quel était le « degré » de pouvoir que la communauté avait sur ce problème et surtout, sur sa capacité à le « régler »?**Partie 2 – La participation et l'implication citoyenne****2.1 Parlez-moi de la mobilisation de l'ensemble de la communauté autour du projet collectif**

- Facile ou difficile?
- Comment s'est-elle réalisée (moyens/dispositifs)?
- A-t-elle été facile/difficile à maintenir

2.2 Comment votre entreprise/organisation s'est impliquée tout au long du processus de mise en place de la coop?**2.3 Que pouvez-vous me dire sur l'implication des citoyens durant la phase de démarrage de la coop santé?**

- Type de participation : information, consultation, implication concrète, etc.
- Attention portée aux personnes exclues (personnes âgées, avec incapacité, monoparentaux, situation de pauvreté, etc.)
- Distribution du pouvoir entre les porteurs de projet et les citoyens
- Implication/participation des citoyens suffisante?

2.4 Avez-vous eu connaissance d'un mouvement d'opposition face au projet de coopérative de santé?

- **Si oui,**
 - Qui a été impliqué?
 - Qu'est-ce qui s'est passé?
 - Comment avez-vous réagi (tentative de médiation, rapprochement, négociation)
- **Sinon,**
 - Peut-on parler d'un consensus au sein de la population?
 - Si oui, comment pouvoir l'affirmer?

2.5 Et aujourd'hui. Qu'en est-il de la participation des citoyens de la communauté dans la vie de la coopérative?

Partie 3 – Facteurs structurants à renforcer ou développer

3.9 Quels étaient les réseaux, les compétences ou les ressources de la communauté qui ont mis à profit afin de mener à bien le projet?

- Comment se sont gérés les intérêts divergents?
- Conflits? Comment se sont-ils gérés?

3.10 Est-il arrivé un moment où, dans le projet, la communauté a constaté un manque de ressources, de connaissances, de compétences, etc.?

- Quels étaient ces « manques »
- Qu'avez-vous fait pour les combler?

3.11 Parlez-moi des communications entre les porteurs de projet, les partenaires et avec l'ensemble de la communauté

- 3.12** Percevez-vous dans la communauté un sentiment d'appartenance ou de conscience citoyenne (sentiment de devoir « agir » en lien avec la coop santé)?

Partie 4 – « Plus-value » de la coopérative de santé

- 4.13** Quelle place occupe la coopérative de santé dans le bien-être et le développement de la communauté?

- 4.14** À votre connaissance, est-ce que le projet de coopérative de santé a inspiré d'autres projets similaires dans la communauté?

- 4.15** Peut-on dire que votre communauté a (re)pris le contrôle sur son développement, selon ses propres choix et besoins?

- 4.16** J'aurais terminé avec mes questions. Avez-vous des éléments que vous aimeriez aborder?

L'entrevue est terminée. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos précieuses informations

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MEMBRES DE LA COOPÉRATIVE, ÉLUS MUNICIPAUX OU PORTEURS DE PROJET INITIAUX

TITRE DU PROJET

Processus d'empowerment communautaire dans le cadre d'une initiative de développement local : le cas de la Coopérative santé Robert-Cliche

RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

Responsable :

Sabrina Tremblay, étudiante-chercheuse

Direction de recherche:

Pierre-André Tremblay (directeur)

Sébastien Savard (Co directeur)

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

a) Description du projet de recherche

- Cette recherche est réalisée dans le cadre du Doctorat en développement régional de l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle veut comprendre et expliquer les mécanismes par lesquels une communauté en perte de pouvoir – *disempowered* – parvient, au travers de la mise sur pied d'une coopérative de santé, à reprendre un contrôle collectif sur son développement en fonction de ses propres choix et besoins.

b) Objectif(s) spécifique(s)

4. Quels sont les enjeux sociaux, économiques et politiques qui sous-tendent l'investissement des communautés dans le projet de création d'une coopérative de santé sur leur territoire?

5. Quels sont les mécanismes qui ont été mis en œuvre afin de favoriser l'implication et la participation des citoyens des communautés visées par la recherche dans le cadre de la réalisation du projet de coopérative de santé?
6. Quels sont les facteurs structurants qui ont dû être mis en place – ou renforcés – dans les communautés afin de réaliser les projets de coopératives de santé et permettre la reprise en main de leur propre développement.

c) Déroulement

- L'entrevue de recherche se tiendra une seule fois et elle sera d'une durée approximative de 1 h 30
- L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un enregistreur numérique pour faciliter l'analyse de vos informations.
- Nous vous demanderons de répondre à des questions ou donner vos impressions sur des termes prédéterminés. Toutefois, sentez-vous libres d'aborder un autre sujet non prévu, si vous le jugez utile à la recherche.
- Cette entrevue aura lieu à votre domicile ou à votre lieu de travail, à votre convenance.

AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La participation à cette recherche ne comporte pas de risques ou d'inconvénients pour vous ou vos proches, sauf celui du temps consacré à l'entrevue de recherche. Nous ne souhaitons qu'avoir votre perception sur le processus de création de la coopérative de santé, son fonctionnement actuel, et l'impact qu'elle a pu avoir sur la capacité de votre communauté à se prendre en main et à décider pour elle-même (empowerment).

Votre participation permettra la construction d'un savoir collectif qui pourra être utile pour d'autres communautés intéressées à avoir leur propre coopérative de santé ou pour l'ensemble des individus préoccupés par le développement des communautés du Québec.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Soyez assuré que toutes les informations que vous allez nous transmettre seront confidentielles et ne pourront jamais être reliées à vous ou à l'un de vos proches par des personnes extérieures à la recherche. C'est l'étudiante-chercheuse qui sera responsable de toutes les dispositions à cet égard.

Comment? Un code alphanumérique vous sera attribué et c'est seulement ce dernier qui sera utilisé sur tous les documents (guide d'entrevues, transcription des entrevues, notes de recherche, etc.) qui vous concerne. Ainsi, aucune information nominale vous concernant ne sera divulguée dans la thèse, les articles scientifiques ou les conférences.

Protection des données : Tous les documents ou fichiers électroniques seront conservés dans un classeur barré de l'UQAC ou encore, sur le disque dur d'un ordinateur muni d'un mot de passe connu seulement de l'étudiante-chercheuse.

Conservation et destruction des données : Tous les documents ayant servi à l'élaboration de la recherche (guide d'entrevue, note de recherche, transcription d'entrevue, etc.) seront conservés

pendant un maximum de sept ans. Ils seront par la suite détruits selon les normes en vigueur de l'UQAC.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet, et ce, sans qu'il y ait de préjudices. Notez enfin que, à moins d'avis contraire de votre part, les données recueillies seront détruites si vous décidez de vous retirer de l'étude.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche (étudiante-chercheuse) ou le directeur de la thèse aux coordonnées suivantes :

Sabrina Tremblay

Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, QC
G7H 2B4
(418) 545-5011 poste : 4334

Pierre-André Tremblay

Professeur, DSH
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, QC
G7H 2B4
(418) 545-5011 poste : 5613

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 poste 2493 ou cer@uqac.ca

CONSENTEMENT

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

CONSENTEMENT

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche (date)

ANNEXE C

APPROBATION ÉTHIQUE

UQAC

Université du Québec
à Chicoutimi

Comité d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* 2 et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

Responsable(s) du projet de recherche : *Madame Sabrina Tremblay*
Étudiant, Doctorat en Développement régional, UQAC

Direction de recherche : *Monsieur Pierre-André, directeur de recherche, DSH, UQAC*
Monsieur Sébastien Savard, codirection de recherche, Service social,
Université d'Ottawa

Projet de recherche intitulé : *Processus d'empowerment communautaire dans le cadre d'une initiative de développement local : le cas de deux coopératives de santé du Québec.*

No référence : 602.379.01

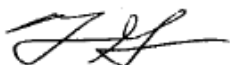
La présente est valide jusqu'au 31 août 2015.

Rapport de statut attendu pour le 18^{er} janvier 2014.

<http://www.uqac.ca/recherche/cei/prolongation.php>

Date d'émission initiale de l'approbation : 18 février 2013

Date(s) de renouvellement de l'approbation :



François Guérard, Ph.D., président